

THÈSE 544

pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

DEFPEZ Jean-Pierre

Né le 7 Février 1932 à Ismaïlia (Egypte)
Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 18 Juin 1958

**Contribution à l'Étude
des Dysembryoplasies Epidermiques**
(Kystes Epidermoïdes)
des Maxillaires

Président : Monsieur le Professeur DECHAUME

Professeur de Clinique Stomatologique
Stomatologiste des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

AUCH
IMPRIMERIE BOUQUET
1958

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

No

THÈSE

pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

DEFPEZ Jean-Pierre

Né le 7 Février 1932 à Ismaïlia (Egypte)
Externe des Hôpitaux de Paris



Présentée et soutenue publiquement le 18 Juin 1958

Contribution à l'Étude des Dysembryoplasies Epidermiques (Kystes Epidermoïdes) des Maxillaires

Président : Monsieur le Professeur DECHAUME

Professeur de Clinique Stomatologique
Stomatologiste des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

AUCH
IMPRIMERIE BOUQUET
1958

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD (H.) — BROCC (F.) — BULLIARD (H.) — CADENAT (F.) — CHABROL (El.) — CHAMFY (C.) — CHEVALLIER (P.) — DEBRE (R.) — DONZELOT (E.) — GASTINEL (P.) — GUILLAIN (G.) — HALPHEN (E.) — HARVIER (P.) — HAZARD (R.) — HEUYER (G.) — LAROCHE (G.) — LAUBRY (Ch.) — LEMAITRE (F.) — LEVY-SOLAL (E.) — LHERMITTE (J.) — LIAN (C.) — LOEPER (M.) — MARION (G.) — MATHIEU (P.) — MOCQUOT (P.) — MONDOR (H.) — MONOD (R.) — MULON (F.) — OLIVIER (E.) — RICHET (Ch.) — STROHL (A.) — TANON (L.) — VELTER (E.)

DOYEN Léon BINET,
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique	REDON (H.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales { Beccujon	SICARD (A.)
Cochin	QUENU (J.)
Hôtel-Dieu	MENEGAUX (G.)
Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	GAUDARD D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MATHEY (J.)
Clinique génétique médicale	LAMY (M.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales { Bichat	JUSTIN-BESANCON (L.)
Broussais	DE GENNES (L.)
Cochin	MOREAU (R.)
Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	Pasteur Valléry-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	
Clinique de neuro-chirurgie	BOULIN (R.)
Cliniques obstétricales { Baudelocque	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Port-Royal	LACOMME (M.)
Tarnier	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique	LANTUEJOUL (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	RENARD (G.)
Clinique de pédiatrie sociale	AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-phthisiologie	MARIE (J.)
Clinique psychiatrique infantile	BERNARD (E.)
Clinique de puériculture	MICHAUX (L.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	LELONG (M.)
Clinique stomatologique	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique médicale	SENEQUE (J.)
Clinique urologique	LEMAIRE (A.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	FEY (B.)
Embryologie	DIJOURNO (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GIROUD (A.)
Histologie	SOULIE (P.)
Hygiène et clinique de la première enfance	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	TURPIN (R.)
Médecine légale	JOANNON (C.)
Médecine du travail	PEDELIEVRE (R.)
Parasitologie	DESDOILLE (H.)
Pathologie chirurgicale	GALLIARD (H.)
Pathologie exotique	COUVELAIRE (R.)
Pathologie expérimentale et comparée	LAVIER (G.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	LENEGRE (J.)
Pathologie médicale	MERKLEN (F.)
Pathologie et thérapeutique générales	DECOURT (J.)
	GARCIN (J.)

Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie	{ DELMAS (A.) pr. s. ch. CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARD (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSEY (F.) GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	{ HAUDUROY (P.) pr. s. ch. (dét.)
Bactériologie	{ NEVOT (A.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.) BARBIER (F.)
Biochimie médicale	{ ETTORI (J.) pr. s. ch. (dét.) DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA (G.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Carcinologie	N... N...
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	N...
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Histologie	{ GOUJARD (R.) pr. s. ch. N... N...
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	{ BOYER (J.) pr. s. ch. DEPARIS (M.) pr. s. ch.
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine légale	{ DEROBERT (L.), pr. s. ch. GAULTIER (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	{ GRASSET (J.) LE LORIER (G.) LEPAGE (F.) MERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) ROBEY (M.)
Ophtalmologie	{ BREGEAT (P.) DESIGNES (F.)
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	{ AUBRY (M.) MADURO (R.)
Parasitologie	{ BRUMPT (L. C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	{ RUDLER (J.), Pr. s.ch. (dét.) ABOULKER (P.) BARCAT (J.) CAUCHOIX (J.) DUBOST (C.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) THOMERET (G.) VERNE (J.M.) N... N...

Pathologie expérimentale	{ LOEPER (J.) MAURICE (P.) HAGUENAU (J.) pr. s. ch. BOUDIN (G.) BOUVIER (J.B.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DEROT (M.) DOMART (A.) LAMOTTE (M.) LAROCHÉ (C. P.) MACREZ (Cl.) MILLIEZ (P.) PEQUIGNOT (H.) RAMBERT (P.) ROYER (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.) WOLFROMM (R.) N... N...
Pathologie médicale	
Pédiatrie	{ JOSEPH (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (Cl.)
Pharmacologie	{ LEVY (Mlle JJ) (pr. s. ch. N...
Physiologie	{ BARJETON (D.) pr. s. ch. PARROT (J.) pr. s. ch. DEJOURS (P.)
Physique médicale	{ GOUGEROT L. N...
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	N...
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	{ CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.) PERRAULT (M.)
Urologie	KUSS (R.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE & AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

Clinique chirurgicale	{ AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LEGER (L.) PADOVANI (P.) ROUX (M.)
Clinique médicale	{ DREYFUS (Gilbert) KOURILSKT (R.)
Clinique neurologique	DE SEZE (S.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.) GOICHON (A.M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.) Mlles LAURENT (H.) LE NOIR (G.) QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend aucune approbation ni improbation

A MON PERE

avec toute ma reconnaissance, pour les
sacrifices consentis, et l'exemple qu'il nous
a montré.

A MA MERE

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHEL DECHAUME

*Professeur de Clinique Stomatologique
à la Faculté de Médecine de Paris,*

Stomatologiste des Hôpitaux,

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'Honneur,

Médaillé Militaire,

Croix de Guerre 1914-1918

qui nous a fait l'honneur d'accepter la
Présidence du Jury de cette Thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage
de notre profond respect, et l'assurance de
notre vive gratitude pour son aide bienveil-
lante, et le riche enseignement qu'il nous a
prodigué.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ LATTES

Stomatologiste de l'Hôpital Laennec

Officier de la Légion d'Honneur

qui nous a suggéré le sujet de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueuse admiration, et de notre entière reconnaissance pour ses conseils éclairés, son enseignement clinique et la confiance dont il nous honora.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACAISSÉ
Stomatologiste de l'Hôpital de l'Hôtel-Dieu

Il fut le témoin de nos débuts dans la spécialité. Notre reconnaissance lui est acquise, car son indulgence et sa bienveillance les ont grandement facilités.

Nous l'en remercions profondément.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN CAUHEPE
*Professeur d'Orthopédie Dento-faciale
à l'Institut de Stomatologie
de la Faculté de Médecine de Paris,
Stomatologiste de l'Hôpital Bretonneau,
Chevalier de la Légion d'Honneur*

En témoignage de notre gratitude pour l'enseignement qu'il nous a donné.

Qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ARMAND RICHARD

Stomatologiste de l'Hôpital Saint-Louis,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Croix de Guerre 1914-1918

Nous le remercions de l'accueil qu'il nous a réservé dans son service, et de l'enseignement précieux que sa grande expérience et son sens clinique ont su nous dispenser.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CERNEA

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,

Stomatologiste de l'Hôpital Herold

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre vive admiration et de toute notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous fit bénéficier de sa science.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BATAILLE

Stomatologiste des Hôpitaux

que nous remercions profondément pour l'aide précieuse qu'il nous a apportée lors de la réalisation de cet ouvrage, et l'intérêt dont il l'honora.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre entière gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRELLET

Stomatologiste des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR BEAL

Stomatologiste des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAMBERT

Stomatologiste des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENNION

Stomatologiste des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESCROZAILLES

Stomatologiste des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRIGNON

Stomatologiste des Hôpitaux

Nous le remercions tout particulièrement pour sa constante bienveillance, et les conseils de valeur qu'il nous dispensa en toutes circonstances.

A MES MAÎTRES D'EXTERNAT :

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUDREAUX

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

in mémorian

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHON

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOUR

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR DELINOTTE

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR DEBAIN

Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIGNEUL
Assistant de Stomatologie des Hôpitaux
avec toute notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAYEN

ses grandes connaissances anatomo-pathologiques et la bienveillance avec laquelle il nous en fit profiter, nous ont été infiniment précieuses.

A MES MAÎTRES DE L'INSTITUT DE STOMATOLOGIE

Contribution à l'Etude des
Dysembryoplasies Epidermiques
(Kystes Epidermoïdes)
des Maxillaires

PLAN

1. — *Introduction.*
2. — *Historique.*
3. — *Kystes épidermoïdes — Cholestéatomes — Kystes dermoïdes.*
4. — *Les Kystes épidermoïdes dans leurs localisations extra-maxillaires les plus fréquentes.*
5. — *Etude clinique.*
6. — *Etude radiographique.*
7. — *Etude anatomo-pathologique*
8. — *Evolution — Traitement.*
9. — *Discussion pathogénique.*
10. — *Observations.*
11. — *Conclusion.*
12. — *Bibliographie.*

INTRODUCTION

Nous devons à la bienveillance de nos Maîtres, d'avoir pu réunir un nombre appréciable d'observations, concernant des formations kystiques des maxillaires, et singulièrement du maxillaire inférieur; qui constituent un groupe homogène, à individualiser.

Elles présentent en commun :

— cliniquement

- une indépendance habituelle de la denture,
- leur évolution particulièrement lente et insidieuse,
- un pronostic favorable, conditionné par la rareté des récidives après exérèse.

— anatomiquement

- la fréquence d'un contenu blanchâtre, friable, d'odeur fade.
- leur nature histologique : la paroi kystique est constamment tapissée par un épithélium malpighien kératinisant.
- Cette structure les rapproche de formations kystiques aux localisations les plus diverses (intra-osseuses, développées aux dépens du système nerveux central, sous-cutanées... etc.), qui ont pour caractère commun l'identité de leur revêtement interne avec l'épithélium cutané, et dont l'origine dysembryoplasique est le plus souvent admise.

Nous y joindrons certaines observations récentes relevées dans la Littérature, et répondant elles aussi aux critères :

— aspect anatomo-pathologique.

— indépendance de la denture,

L'emploi indifférent à leur propos, des termes de « CHOLESTEATOME », « KYSTE DERMOIDE », « KYSTE EPIDERMOIDE », nous amènera à faire l'étude critique de cette terminologie.

Ayant alors dégagé l'entité «KYSTE EPIDERMOIDE», nous la préciserons par une revue rapide de leurs diverses localisations anatomiques.

Nous aborderons alors, le problème des « DYSEMBRYOPLASIES EPIDERMiques DES MAXILLAIRES ». Nous nous efforcerons de préciser leurs caractères :

— Cliniques,

Radiologiques.

Evolutifs,

Anatomo-pathologiques,

en faisant la synthèse des éléments recueillis dans les observations.

Enfin, c'est au terme d'une discussion pathogénique, que nous rassemblerons les observations, puis que nous aborderons le Chapitre des Conclusions.

HISTORIQUE

C'est en 1829, à propos de localisations intracrâniennes des KYSTES A REVETEMENT INTERNE EPIDERMIQUE, que CRUVEILHIER précise leurs caractères macroscopiques, (tumeurs mamelonnées et nacrées, reconnaissables au premier coup d'œil), et attache son nom aux « TUMEURS PERLEES ».

Par la suite, MULLER (1838) introduit le terme de « CHOLESTEATOME » qui exprime la richesse en cholestérine du contenu de la tumeur.

Enfin, BOSTROM, en 1897, distingue deux groupes :

- les EPIDERMOIDES,
- les DERMOIDES PIAUX.

Cet aperçu, volontairement bref, des précisions successives apportées à l'étude des localisations intracrâniennes des EPIDERMOIDES, rend compte de l'obligation où nous nous trouverons, de définir un cadre nosologique.

En ce qui concerne les localisations intramaxillaires :

- dès 1832, à propos du contenu des kystes des mâchoires, DUPUYTREN notait entre autres la présence de « matières adipo-cireuses ». S'agissait-il de KYSTES EPIDERMiques ayant subi une infiltration cholestérinique ?
- en 1912, ZILZ (cité par HEIDSIECK) décrit un kyste de la région de la dent de sagesse supérieure, (absente), sans rapport avec les dents voisines, et

qui histologiquement, à côté de la série typique des couches de la peau, contenait des débris de cheveux.

- en 1926, HAUER publie une observation de CHOLESTEATOME de l'angle mandibulaire ; tandis que FINNEY et HANRAHAM (cités par KALLENBERGER) interprètent comme KYSTE EPIDERMOIDE, une localisation au maxillaire supérieur, contenant des débris de cellules cornées, des cristaux de cholestérine.

- en 1929, KOSTECKA attire l'attention sur un EPIDERMOIDE se présentant cliniquement comme un kyste géant multiloculaire. L'intervention met en évidence le contenu caractéristique des EPIDERMOIDES : masses amorphes, d'un blanc brillant, opalescentes. Histologiquement la paroi interne est constituée d'un épithélium stratifié se kératinisant par endroits.

- en 1930, DORRANCE (cité par HIEDSIECK) observe à l'angle mandibulaire un EPIDERMOIDE, dont la nature est établie par l'anapath.

en 1935, WAGNER (cité par PHILIPSEN) publie cinq observations de « CHOLESTEATOMES PRIMITIFS DES MACHOIRES ».

- en 1938, BROSCHE décrit un EPIDERMOIDE de la branche montante, relevé par la radio, de contenu grumeleux et malodorant typique, et qui histologiquement présentait la succession des couches typiques de la peau.

- en 1939, le Docteur LEBOURG publie l'observation d'une tumeur polykystique occupant toute une branche horizontale chez une jeune fille de 17 ans, considérée comme un EPITHELIOMA ADAMANTIN, alors qu'il s'agissait en réalité de KYSTES à épithélium PAVIMENTEUX STRATIFIE. L'intervention consista en un curetage méthodique des

nombreuses logettes osseuses. Des radiographies de contrôle ultérieures objectivèrent une image de régénération osseuse.

- en 1949, KRANZ (cité par HEIDSIECK) décrit un cas d'EPIDERMOIDES MULTIPLES des maxillaires supérieur et inférieur, vérifié histologiquement.

Enfin, nous aurons l'occasion de revenir sur des travaux plus récents, qui sont ceux de KALLENBERGER, HEIDSIECK, PHILIPSEN.

Kystes Epidermoïdes - Cholesteatomes

Kystes Dermoïdes

Place des kystes Epidermoïdes dans le groupe
des kystes de type dermo-épidermique
(quelle qu'en soit la localisation)

La première difficulté rencontrée dans l'étude des kystes épidermoïdes est d'ordre terminologique.

Les auteurs consultés, en effet,

— Désignent différemment, sous l'un des trois termes précités, des formations kystiques dont l'unité anatomo-pathologique ne fait aucun doute.

Ou, au contraire, groupent sous un même nom, des formations kystiques, à première vue assez différentes les unes des autres.

Nous allons tenter de dégager de cet ensemble, les caractéristiques propres aux kystes épidermoïdes.

CHOLESTEATOMES

1^o DESCRIPTION :

C'est la « TUMEUR PERLEE » mentionnée par LE PRESTRE en 1828, à propos d'une localisation encéphalique — décrite ensuite sous ce nom par CRUVEILHIER, dans son « *Anatomie Pathologique du Corps Humain* »,

« L'aspect macroscopique de ces tumeurs est très spécial : elles forment une balle sphérique, blanchâtre, brillante, et leur coupe montre des couches lamelleuses concentriques. L'examen microscopique y montre :

- une capsule de fibres entassées, acellulaires,
- une couche épithéliale identique au « stratum granulosum » de la peau.
- d'autres lamelles acellulaires représentent « le stratum corneum ».

Les espaces interlamellaires peuvent être remplis de cristaux de cholestérol ».

(LIEVRE).

2° INTERPRETATION

(empruntée à RODIER)

« — Faux Cholesteatomes :

A — d'une part ceux de l'oreille moyenne, du nez, des voies urinaires; tumeurs inflammatoires secondaires à des suppurations chroniques.

B — d'autre part les cholestéatomes de la peau, qui sont des malformations congénitales à rapprocher des loupes et des kystes épidermoïdes, dont ils ne diffèrent que par la richesse en cholestérine des produits dégénérés ».

« — Vrais Cholestéatomes :

dont le type est le cholestéatome des méninges, et qui formeraient une classe particulière de néoplasmes à histogénèse spéciale... »

— Introduisons d'emblée certaines restrictions à la classification proposée par RODIER : la plupart des auteurs considèrent comme faisant partie des « *Cholestéatomes*

vrais » ou « *Cholestéatomes primaires* », le second groupe des « *Faux Cholestéatomes* » de RODIER : les localisations cutanées.

D'autre part, les otologistes admettent en général :

- à côté des Cholestéatomes secondaires : succédant aux suppurations auriculaires chroniques,
- l'existence de cholestéatomes primitifs : (VIRCHOW) ce seraient des tumeurs épithéliales congénitales, d'origine ectodermique (première fente branchiale) la suppuration auriculaire serait ainsi secondaire.

Pour certains même (MACKENZIE, DEBAIN) : tous les cholestéatomes de l'oreille moyenne pourraient répondre à une inclusion épithéliale primitive.

3° CHOLESTEATOMES DES STOMATOLOGISTES :

C'est RODIER qui les étudia en premier : CROCQUEFER s'attacha ensuite tout particulièrement au problème.

Pour ces auteurs, l'étiologie inflammatoire est certaine.

CROCQUEFER : « ...la dégénérescence cholestérinique des granulomes, celle des pseudopolypes de la paroi des kystes paradentaires, rappelle l'évolution des petits cholestéatomes intrapolypeux de la caisse du tympan.

L'évolution des kystes paradentaires, la dégénérescence cholestérinique de leur paroi, rappelle l'évolution des gros cholestéatomes des cavités tympano-mastoïdiennes des otologistes.

La parenté entre ces affections, pressentie par LEMAITRE, dans son essai de pathogenie des cholestéatomes de l'oreille nous semble donc nettement démontrée... »

CHOLESTEATOMES ET KYSTES EPIDERMOIDES

1) En général, les auteurs les confondent, emploient indifféremment les deux termes, voire celui de « Cholestéatome Epidermoïde » (CUSHING).

— *Soit qu'ils considèrent la présence de cholestérine comme un épiphénomène inconstant, l'inclusion dermique ou épidermique étant primordiale.*

(C'est le cas de CUSHING, SIMONTON, MEINERZ, LIEVRE, DAUM, qui ont envisagé le problème à partir des localisations intracérébrales, et intrarachidiennes des kystes épidermoïdes).

DAUM : « Certains cholestéatomes montrent, dans leur paroi, des follicules pileux, des glandes sébacées; et le magna central peut contenir des cheveux : tous les intermédiaires les relie ainsi aux kystes dermoïdes...

...En somme craniopharyngiomes, cholestéatomes et kystes dermoïdes, si différents que puissent être leurs aspects macroscopiques, constituent un seul et même groupe de tumeurs congénitales épithéliales ».

— Soit qu'ils confondent « Cholestéatome Primitif » et Kyste Epidermoïde, tous deux liés à une inclusion épithéliale;

Et les opposent aux « Cholestéatomes Secondaires » d'origine métaplasique (GARRE, KAHLER, LINCK...).

2) On tend actuellement à considérer que le terme de « Cholestéatome » introduit une certaine confusion, dans un cadre nosologique encore imprécis.

CUSHING : « ...Tout ceci montre assez combien est insuffisant le terme de Cholestéatome, à moins que l'unanimité ne se fasse pour le réserver à des tumeurs d'une origine et d'un type donnés... »

Roussy : « ...On a tort de distinguer des cholestéatomes vrais ou faux. Ils sont tous faux au sens où l'entendent les classiques, c'est-à-dire que les tumeurs décrites sous ce nom, n'ont pas une origine histologique particulière. Ce qui groupe les cholestéatomes, c'est *non une histogénèse commune mais une dégénérescence commune*, et il ne faut pas les considérer comme appartenant au même groupe nosologique.

...Ce qui nous semble acquis aujourd'hui, c'est ...que la *présence de cholestérine ne constitue ici qu'un épiphénomène*, une modalité particulière de dégénérescence à surcharge graisseuse de ces fausses tumeurs, établie à la faveur de certaines conditions locales, qui jusqu'ici restent encore à démontrer. »

KYSTES DERMOIDES ET KYSTES EPIDERMOIDES

L'identité d'origine de ces deux types de kystes, peut être considérée comme certaine :

— (CUSHING : 1922)

— (GESCHIKTER et COPPELAND : 1949)

Les différences sont d'ordre anatomic :

— le kyste dermoïde contient des cheveux, des glandes sébacées.

le kyste ~~dermoïde~~ épidermoïde est revêtu d'un épithélium pluristratifié, de type malpighien.

Rappelons enfin que certains kystes sont mixtes : épidermoïdes en certains points de la paroi; dermoïdes en d'autres. De sorte qu'un examen histologique limité peut conduire à une conclusion incomplète. (BOSTROM).

De tout ce qui précède, nous dégageons les notions suivantes :

Les kystes épidermoïdes (ou de type épidermique) sont caractérisés :

- *non par leur contenu*, dont les caractères macroscopiques et histochimiques peuvent varier.
 - *mais par leur paroi*, qui est toujours épithéliale, de type malpighien, orthokératosique, et ne comporte habituellement pas d'inclusion de phanères ou de glandes cutanées.
-

Les Kystes Epidermoïdes dans leurs localisations extramaxillaires les plus fréquentes

1° Nous centrerons leur étude sur la définition empruntée à CAVINA.

« ...on sait bien que par épidermoïde, on entend une formation kystique, pourvue d'une paroi conjonctive tapissée à l'intérieur par un épithélium pavimenteux stratifié, ayant les mêmes caractères que l'épithélium cutané.

L'absence des annexes cutanées (papilles, glandes sébacées et sudoripares, poils), permet de les distinguer des kystes dermoïdes, bien que ces derniers puissent être considérés comme l'expression d'un processus de même nature, mais dans un stade de l'évolution plus avancé.

Les kystes épidermoïdes siègent de préférence dans la peau, et dans les tissus sous-cutanés de régions placées près des fentes branchiales primitives (queue des sourcils, contour des orbites, cou) mais on les a observés, isolés, dans les parties du corps les plus diverses... »

Rappelons que ceci a été écrit à propos d'un kyste épidermoïde intradiploïque du frontal.

Toutes les observations recueillies de kystes épidermoïdes extra-maxillaires, et la plupart des observations

des kystes épidermoïdes des maxillaires répondent à cette définition.

2° KYSTES EPIDERMOIDES EXTRA-MAXILLAIRES.

SEIDEL situe ainsi le problème : il oppose

- la fréquence des « dermoïdes profonds » et leur grande diversité de situation (intra-abdominaux, rétro-péritonéaux, ovariens).
- à la rareté des « dermoïdes superficiels » du crâne en particulier;

A leur constitution simple, dépourvue des éléments structuraux divers retrouvés dans les dermoïdes profonds;

A leur situation élective à proximité des fentes embryonnaires primordiales.

A. — Nous passerons rapidement sur les localisations nerveuses des « épidermoïdes ».

Ces faits sont bien connus des neuro-chirurgiens, et ont fait l'objet de nombreux travaux.

Les traductions cliniques en sont diverses, en rapport avec la localisation intra-crânienne ou intra-médullaire des kystes.

Ceux-ci réalisent des syndromes de compression, variant avec l'étage intéressé.

B. — Leur étude nous amène à considérer le problème « des épidermoïdes » intra-osseux de la voûte crânienne.

= Deux points constamment retrouvés :

- 1° La localisation élective au niveau du frontal, (mais leur découverte possible dans l'occipital, le temporal).
- 2° Leur paroi caractéristique, de type épidermique dépourvue de glandes cutanées et de phanères,

= *contrastant avec l'inconstance du caractère
« cholestéatomateux » de leur contenu.*

Les conceptions des auteurs, tant Français qu'étrangers, concordent le plus souvent, quant à leur pathogénie, par inclusion, qui conduit à les rapprocher du groupe précédent.

GARRE (Bruns Beitrag) : « ...la distinction entre épidermoïdes intra-crâniens, et diploïques n'est pas toujours très tranchée, car il y a aussi des cas limites :

- des épidermoïdes épiduraux, sans participation osseuse (BORCHARDT).
- des épidermoïdes épiduraux, avec usure de l'os (SMIRNOW — GRASER).

C. — Considérons maintenant le problème des « kystes épithéliaux de la phalangette » (thèse VIALARD 1947).

- Cliniquement ces kystes se manifestent par un gonflement douloureux de l'extrémité du doigt.
- Radiologiquement, ils se traduisent par une perte de substance intra-osseuse, au contour net et arrondi.
- Anapath. : la loge kystique apparaît tapissée d'un épithélium stratifié, corné, ne comportant pas de formations sébacées.

Pour VIALARD, ces lésions constituent un des aspects du problème plus général des « formations épithéliales intra-osseuses ».

D'après les observations recueillies dans la Littérature Etrangère, il semble qu'il y ait toujours un traumatisme à l'origine de ces kystes. Cette notion d'un grand intérêt pathogénique, semble faire prévaloir la théorie d'une greffe épithéliale sur la théorie d'une inclusion dysembryoplasique.

Mais si les auteurs sont d'accord sur les caractères anatomo-cliniques de ces kystes, la discussion pathogénique est loin d'être close.

DELARUE et CHOMETTE : « ...il nous a paru utile de souligner la très grande fréquence des dysembryoplasies aux extrémités, où siègent précisément ces kystes épidermoïdes.

VERTHEMANN dans un travail récent (1953) étudiant macroscopiquement les malformations des extrémités, décrit divers degrés de polydactylies : depuis le dédoublement complet d'un « rayon » métacarpo-phalangien jusqu'à la simple bifidité en fourche de l'extrémité d'une phalange. Au minimum les altérations de la polydactylie ne sont marquées que par un élargissement de la phalange distale, creusée d'une cavité, seul témoin d'un dédoublement ébauché. Des éléments histologiques nous manquent pour rapprocher avec certitude une telle malformation du kyste épidermoïde de la phalange distale. Une telle hypothèse expliquerait, toutefois, sa constation clinique et radiologique très précoce (4 jours dans le cas de ZADECK et COHEN après un traumatisme minime et peut-être seulement révélateur), et dans notre cas l'absence de traumatisme vrai antérieur ».

D. — CHOLESTEATOMES des Otologistes.

On en distingue deux variétés :

- *Cholestéatomes Primitifs* (VIRCHOW) : tumeurs épithéliales congénitales, d'origine ectodermique (première fente branchiale).
- *Cholestéatomes Secondaires*, succédant aux supurations auriculaires chroniques.

Si, classiquement, les seconds sont les plus fréquents, pour certains auteurs (Dr. DEBAIN) « l'inclusion

embryonnaire a sur les autres hypothèses, l'avantage de pouvoir expliquer tous les cas cliniques ».

E. — KYSTES EPIDERMiques SOUS-CUTANES.

Leur origine par inclusion épithéliale, habituellement traumatique (TOURAINE) est retenue par tous.

Histologiquement, ils sont tapissés par un épithélium pavimenteux aplati, et renfermant des débris d'assise cornée, des graisses, parfois des cellules à corps étranger.

Leur coexistence, dans une de nos observations, avec un kyste épidermoïde du maxillaire inférieur, et des *Epithéliomas Pagétoïdes* cutanés, nous amène à envisager la nature de ces derniers.

D'après LEVER et d'autres auteurs américains, ce sont des *Hamartomes*, c'est-à-dire des néo-formations par hyperplasie simultanée de plusieurs des composants normaux de l'épiderme.

Ils se voient habituellement dès l'enfance et l'adolescence, et seraient souvent familiaux et héréditaires en dominance (TOURAINE).

Ils ont pour origine les bourgeons épithéliaux primaires, qui embryologiquement donnent les glandes sébacées, les glandes sudoripares, les formations pilaires.

Etude Clinique

— Nous nous attacherons surtout à préciser les caractères cliniques des localisations au maxillaire inférieur, les plus fréquentes.

Signalons à ce propos que nous n'avons pu dégager aucun caractère pathognomique : les *Améloblastomes kystiques* peuvent revêtir tous les aspects qu'affectent les *Kystes épidermoïdes*.

Un seul élément de valeur, malheureusement inconstant : le contenu du *Kyste épidermoïde*, quand la desquamation cornée est importante, et que la dégénérescence cholestérinique s'y ajoute.

— Nous passerons plus rapidement sur les localisations au maxillaire supérieur, moins nombreuses.

I. — LOCALISATIONS AU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Cette étude portera sur les vingt premières observations.

Nous réserverons les cas où une origine paradentaire ne peut être formellement exclue, au Chapitre « Discussion Pathogénique ».

Nous avons pensé pouvoir retenir *comme critères de l'indépendance de la denture* :

- *le siège* dans une zone non dentée (angle, branche montante) ou au moins dans la partie basilaire de l'os.

- *la généralisation, l'aspect plurifocal*, qui permettent d'exclure une origine éventuelle, à partir de débris épithéliaux, provenant de reliquats de la lame dentaire.
- *la vitalité des dents voisines* ou leur indépendance de la poche kystique, lors de son énucléation.

A — Age et Sexe.

- contrairement à l'opinion de HEIDSIECK (qui oppose la fréquence des kystes dermoïdes de l'ovaire, à la rareté de la localisation testiculaire et rapproche cet élément de sa statistique personnelle : 5 cas, survenant chez 5 femmes), la proportion que nous rencontrons (9 hommes pour 11 femmes) plaide en faveur d'une égale répartition dans les 2 sexes.
- Dans 13 cas (sur 20) la découverte s'est faite après 50 ans. Le sujet le plus jeune avait 20 ans, et le diagnostic a été fait à la suite d'un examen systématique (Obs. n° 1). — Le sujet le plus âgé (femme de 78 ans) a consulté pour l'apparition d'une tuméfaction (Obs. n° 20).

B — Localisation.

- Sur 16 cas, de localisations isolées :
 - 11 localisations à l'angle et à la branche montante.
 - 3 localisations à la région prémolaire, dent de 6 ans.
 - 1 localisation intéressant la totalité de la branche horizontale droite.
 - 1 localisation à la région symphysaire.
- Sur 4 cas de localisations multiples :
 - 1 localisation aux dents maxillaires

maxillaire inférieur: angle gauche à branche
horizontale droite

maxillaire supérieur: région canine droite

- 3 localisations au maxillaire inférieur

· angle mandibulaire gauche à la région
molaire droite

— angle mandibulaire droit, et région de
la dent de 6 ans gauche

— région molaire gauche à région canine
droite.

Si les côtés droit et gauche sont également atteints, par contre la localisation sur une héli-mandibule, présente plus d'intérêt.

— *la localisation à l'angle, et à la branche montante*, est de loin la plus fréquente.

— vient ensuite la localisation à la région molaire (6 ans) prémolaire.

— la localisation symphysaire s'observe aussi.

Enfin, insistons : sur *la taille, la généralisation* de certains *Epidermoïdes*. Ce caractère témoigne du silence évolutif de ces formations, et va de pair avec leur découverte souvent tardive.

: sur *la notion de foyers multiples*, évidente dans nos 4 dernières observations (N^{os} 17, 18, 19, 20) mais retrouvée aussi dans certaines localisations isolées (Obs. n^o 6).

C — Symptomatologie.

1. Circonstances de découverte :

— Dans 3 cas (sur 20) c'est à l'occasion d'un examen radiologique systématique.

- Dans 12 cas, c'est à l'occasion *de signes tumoraux* :
 - en règle, augmentation en masse du contour osseux, pouvant intéresser les deux tables.
 - parfois (3 cas) *le kyste s'exteriorise* : zone dépressible, contiguë à des zones de dureté osseuse (Obs. n° 10, 16, 19). (Dans l'Obs. n° 10, l'extériorisation à travers la corticale basilaire dominait la scène clinique).
 - *il est rarement fistulisé* (Obs. n°s 11 et 18) en dehors d'un tableau de surinfection.
- Dans 4 cas, *un épisode inflammatoire* a été révélateur.

Cette surinfection s'observe dans des kystes ayant atteint un volume important.

 - le trismus est pratiquement constant
 - une élévation thermique s'observe le plus souvent
 - des douleurs plus ou moins systématisées, un déficit sensitif (Obs. n° 6; anesthésie transitoire du nerf dentaire inférieur gauche) peuvent apparaître.

(il semble que les signes fonctionnels soient le plus souvent liés au cortège inflammatoire).

 - Le sujet, lorsqu'il est vu au décours d'un de ces épisodes, est en général porteur d'une fistule.
- Dans 1 cas, (Obs. n° 13) l'examen radiographique révélateur fut demandé pour éclaircir l'origine *de douleurs* non caractérisées, observées 6 mois auparavant.

2. Signes d'accompagnement :

- Les signes révélateurs résument bien souvent la symptomatologie clinique.
- L'examen devra s'attacher à rechercher la vitalité des dents susjacentes. (La présence de dents mortifiées nécessitera une analyse rigoureuse, de leur situation radiologique par rapport au kyste, du rapport de leur apex avec la paroi kystique lors de l'intervention; au terme de laquelle on pourra retenir leur éventuelle indépendance).
- Dans une observation (Obs. n° 1), le kyste épidermoïde s'intégrait dans un tableau de Dysembryoplasies ectodermiques, à localisations multiples.
- Dans l'observation n° 19, le sujet présentait en outre, un purpura thrombopénique chronique congénital, posant un délicat problème de traitement.
- Les caractères Radiologiques feront l'objet d'un chapitre différent.
- La Ponction, blanche en cas de contenu « cholestéatomateux » ou « caséeux », n'apporte qu'un élément d'appoint au diagnostic de tuméfaction kystique, lorsqu'elle ramène un liquide citrin eau de roche ou contenant des paillettes de cholestérine (dans Obs. n° 16, elle fournit un élément de présomption en ramenant un liquide malodorant, laiteux).

II. — LOCALISATIONS AU MAXILLAIRE SUPERIEUR

Elles sont beaucoup moins fréquentes (3 observations).

Leur siège électif semble être la région canine (incisivo-canine, prémolaire-canine), aussi bien dans les localisations isolées du maxillaire supérieur que dans les localisations bi-maxillaires (Obs. n° 17).

Leur symptomatologie clinique est discrète :

- simple tuméfaction dans deux cas,
- fistule laissant s'écouler un magna blanchâtre, caséeux dans un cas.

Les radiographies objectivent la présence d'une image radio-claire, qui au cours de son évolution peut refouler la paroi du sinus, ou les dents voisines.

III. — CONTENU

(Localisations aux deux maxillaires :
observation n° 1 à observation n° 23)

En dehors des cas où la ponction, ou la fistulisation spontanée, ont relevé la nature du contenu kystique, celle-ci apparaît comme une découverte per-opératoire, souvent inattendue.

Dans 9 des 23 premières observations, ce contenu est solide, généralement blanc, parfois jaunâtre, parfois nacré et brillant. Il est diversement comparé : à « des grains de riz agglomérés », « des grumeaux caséeux », « des masses blanchâtres effritées », mais toujours d'odeur fade, rance. (Ce contenu, inhabituel, correspond histologiquement à une importante desquamation de lamelles de kératine, ou de kérato-hyaline dans la lumière kystique, allant de pair avec une abondante infiltration de cholestérine, de la paroi kystique, et du contenu du kyste). C'est un contenu « *Cholestéatomateux* », évocateur au premier chef du diagnostic de *Kyste épidermoïde*.

Dans une observation (Obs. n° 16) un liquide malodorant, laiteux.

Dans les autres, liquide kystique citrin, contenant le plus souvent des paillettes de cholestérine.

Etude Radiographique

TECHNIQUE

C'est l'examen clinique qui dictera le choix des incidences.

— Les petits films intra-buccaux apprécieront le *liseré de condensation osseuse*, en périphérie de l'image kystique; les rapports de cette dernière avec les dents voisines.

L'incidence classique, en « maxillaire défilé », donne une vue d'ensemble d'un héli-maxillaire, permet d'apprécier la rupture éventuelle de la corticale basilaire.

La technique de PARMA permet d'obtenir une image précise de la branche montante, du coroné et du condyle.

Un film occlusal, avec rayon incident perpendiculaire, permettra de vérifier l'état des tables externe et interne, dans les localisations à la branche horizontale du maxillaire inférieur.

— Les Tomographies, de face et de profil, rendront les plus grands services pour préciser les images étendues :

- tomographies de face pour objectiver la soufflure ou l'effraction des tables dans les localisations à la branche montante.

- tomographies de profil, qui permettent d'analyser les images multiloculaires, et peuvent mettre en évidence des parois osseuses séparant des foyers kystiques multiples, mais groupés, proches les uns des autres.

— Les clichés en agrandissement apporteront des renseignements complémentaires par la finesse de leur image.

Dans certains cas, elles peuvent donc orienter le traitement; ailleurs, elles guident l'opérateur au cours de l'intervention.

RESULTATS

(Nous n'aurons en vue que les localisations au maxillaire inférieur, nous avons déjà, dans l'étude clinique, donné les résultats de la radio pour les localisations au maxillaire supérieur).

- La grande taille de la formation kystique,
- Le liseré de condensation périphérique,
- La multiplicité des foyers,
nous paraissent être les caractères primordiaux de ces kystes.
- La grande taille de la formation kystique, est l'élément le plus souvent retrouvé.
 - la lenteur de l'évolution (âge moyen de découverte 57 ans),
 - la multiplicité et la confluence secondaire des foyers kystiques,
 - le silence évolutif,
expliquent l'extension parfois considérable des *Epidermoïdes* du maxillaire inférieur.
- Le liseré de condensation périphérique peut disparaître à l'occasion d'une infection secondaire, d'une dégénérescence cholestéatomateuse « grignotant » le pourtour osseux.

- La multiplicité des foyers, évidente dans certains cas (Obs. n^{os} 17, 18, 19, 20) retrouvée par la tomographie (Obs. n^o 6) est traduite au minimum (et souvent confirmée alors à l'intervention) par :
 - l'aspect polygéodique de l'image radio-claire,
 - son contour polycyclique,
 - des traits de refend, ébauchant des cloisons intermédiaires, parfois réduits à des éperons osseux.
- L'indépendance des dents et de l'image kystique n'est pas toujours appréciable radiologiquement. Etant donné l'âge des sujets il arrive que les dents, mortifiées et traitées de longue date, paraissent se superposer au kyste. L'indépendance des racines et de la paroi kystique, lors de l'intervention, précise ou corrige l'interprétation toujours délicate de telles images.

LIMITES DE L'INTERPRETATION DES RADIOGRAPHIES, DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL.

L'existence d'une telle image a fait dans la plupart des cas porter le diagnostic d'améloblastome. *Aucun caractère radiologique ne permet de différencier Kyste épidermoïde et Améloblastome* et un argument de fréquence plaide en faveur de ces derniers.

C'est dire qu'elle fera aussi discuter les affections radiologiques proches des adamantinomes kystiques :

- les kystes *Corono-Dentaires*, posent moins de problèmes que certains kystes *Radiculo-Dentaires* étendus. L'inclusion dentaire témoignant de l'étiologie.
- les images lacunaires à bords flous, grignotés, qu'affectent les *Métastases des Epithéliomas Glandulaires*.

- Les *Myélomes* : images à l'emporte-pièce, sans liseré de condensation osseuse, séparées les unes des autres par des portions plus ou moins importantes d'os sain.
- Les *Tumeurs à Myélopaxes*, dont l'image, multiloculaire peut voir ses cloisons disparaître lors des poussées d'ostéolyse.
- Les *Myxomes* donnent des images aréolaires dont les cloisons se rencontrent à angle vif.
- Le *Chondrome* qui peut comporter des calcifications intragéodiques.
- Les *Angiomes*, avec leur image en nids d'abeille, aussi exceptionnels que les précédents.
- De vastes géodes peuvent s'observer au cours de la maladie de RECKLINGHAUSEN, ou de l'*Ostéite Fibreuse Localisée*, des maxillaires.

INDICATIONS PARTICULIERES DES EXAMENS RADIOGRAPHIQUES.

1. Etablissement du diagnostic.

L'existence de foyers multiples, impose devant la constatation d'une image évoquant un *Kyste Epidermoïde*, un bilan radiologique complet des deux maxillaires.

Des foyers voisins, peuvent être séparés par des cloisons osseuses continues, qui, interprétées à tort comme de l'os sain, amènent l'opérateur à laisser en place une partie de la néo-formation (Obs. n° 11). C'est dire la nécessité de clichés radiologiques d'excellente qualité, permettant de guider l'intervention.

2. Surveillance de l'évolution.

C'est en soumettant les malades à un examen semestriel, puis annuel, que l'on pourra déceler précocement d'éventuelles récides.

Lorsque par suite d'un refus de traitement chirurgical, ou de contre-indications d'ordre général, ou local, un traitement médical a été mis en œuvre (radiothérapie) des radiographies de contrôle apprécieront l'évolution sous traitement.

Etude Anato-mo-Pathologique

(empruntée au Dr. PAYEN)

I. — DANS LES CAS TYPIQUES.

1° — L'épithélium bordant la lumière de la cavité est de type épidermoïde pluristratifié présentant une maturation et une différenciation semblables à celles de l'épithélium cutané; il est donc malpighien avec une couche de cellules granuleuses, et la kératine se dispose en couches régulières.

Cette kératine forme des masses nodulaires blanchâtres ressemblant macroscopiquement à des grains de riz, qui desquament et occupent la lumière du kyste.

2° — Le reste de la paroi est constitué de tissu conjonctif fibreux dont les fibres collagènes peuvent prendre une disposition concentrique (Obs. 17), mais parfois sont moins régulières avec un aspect plexiforme.

Dans certains cas existent de plus, disséminés dans la paroi, de petits amas de cellules épithéliales constitués de cellules, soit indifférenciées, soit plus différenciées avec au centre des perles de kératine.

Dans l'observation n° 2 il existe même des *glandes sébacées*, dans la paroi, traduisant la présence d'un kyste épidermique avec des annexes cutanées.

3° — L'os en périphérie, dans ces cas non modifiés par l'inflammation, ne présente pas de lésions importantes; les cavités médullaires sont sensiblement normales sans

réaction fibreuse, la bordure ostéoblastique est régulière, et il semble que la destruction osseuse se produise plus par ostéolyse que par ostéoclasie.

II. — ON PEUT OBSERVER DES MODIFICATIONS SECONDAIRES :

- liées à une particularité évolutive
- ou dues à leur extériorisation dans la cavité buccale.

1° — La kératinisation du tissu épithélial se produit parfois d'une manière particulière avec apparition de kératohyaline.

Dans certains cas, il existe de nombreux cristaux d'acides gras mélangés à de la kératine.

Ceci explique que le contenu de la cavité kystique puisse être constitué par une substance blanchâtre peu consistante s'apparentant à du caséum.

Enfin, dans certains cas, ce contenu est susceptible de se liquéfier comme celui de tous les kystes épidermiques, ce qui explique la présence de liquide dans certaines de nos observations.

2° — Il n'est pas rare de noter dans l'épaisseur de la paroi de volumineuses cellules claires chargées de lipides qui peuvent être à l'origine d'une précipitation de cristaux d'acides gras.

Ceux-ci se retrouvent parfois sur toute la hauteur de la paroi, même en périphérie, immédiatement au contact du tissu osseux.

Autour de ces cristaux se produit une réaction macrophagique du type réaction à corps étranger et les lipophages situés à la partie périphérique au contact de lamelles osseuses, se comportent comme des ostéoclastes.

Cette réaction de type inflammatoire permet de comprendre dans certains cas la difficulté de clivage de la paroi kystique.

3° — C'est dans ces cas que le tissu osseux périphérique présente d'importantes modifications : réaction fibreuse au niveau des cavités médullaires, travées osseuses amincies en grande partie lysées avec de nombreuses images de résorption en regard d'ostéoclastes.

Ceci explique la constatation au cours de l'intervention d'un os friable dans le fond de la cavité et d'un contour assez imprécis sur l'image radiologique.

Malgré l'importance de ces modifications et l'apparition de cristaux d'acides gras, tant au niveau du tissu épithélial, que dans le reste de la paroi, il n'existe pas dans nos observations de lésions inflammatoires importantes ou de lésions aiguës suppurées semblables à celles que l'on observe dans les kystes d'origine dentaire qui sont toujours d'origine inflammatoire.

Il n'existe là qu'un « cholestéatome » qui traduit simplement une forme particulière de dégénérescence d'un kyste épidermique.

L'étude des prélèvements gingivaux a permis de noter que dans 3 observations il existait en plus de kystes épidermiques intra-osseux, de multiples kystes situés dans la fibro-muqueuse gingivale.

Ils présentent histologiquement des caractères identiques, et sont remplis de kératine. Leur situation ne permet pas de les interpréter comme des diverticules des kystes intra-osseux. Il est très important de noter leur coexistence.

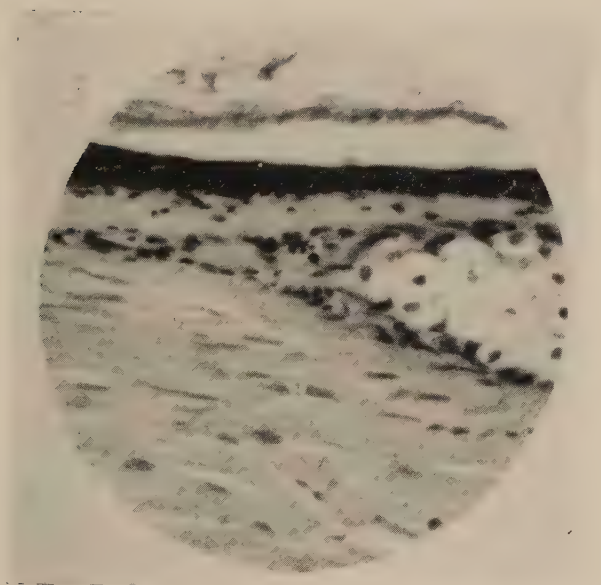
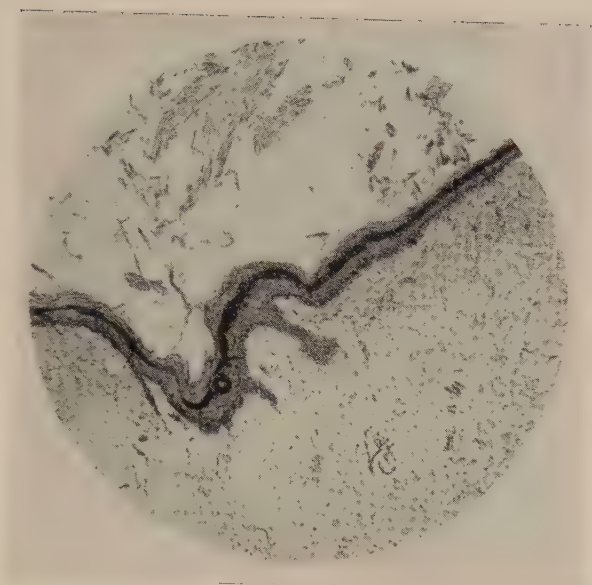
Les critères anatomo-pathologiques : épithélium épidermoïde kératinisant avec apparition de cellules à éléidine, présence de formations épithéliales et même de

glandes sébacées dans la paroi, permettent d'individualiser ces formations.

L'association à des kystes identiques situés dans la gencive, la constatation de 2 caractères négatifs : absence de lésions inflammatoires semblables à celles des kystes dentaires, absence de formations ou de cellules adamantiennes, sont des éléments également importants à signaler pour distinguer ces lésions des kystes dentaires et des adamantinomes.

Epithelium de la paroi d'une Dys-embryoplasie Kystique, avec présence de cellules à Eleidine, et Kératine en surface. Cette kératine se développe au sein de la cavité.

Noter l'absence de lésions inflammatoires dans le chorion.



Présence de Glandes Sébacées dans la paroi kystique, sous le tissu épithélial, qui produit de la kératine.

Evolution-Traitement

I. — EVOLUTION SPONTANEE.

Insistons sur la lenteur toute particulière, dont témoigne la découverte après la cinquantaine, dans le plus grand nombre de nos observations.

Dans deux d'entre elles en particulier (Obs. n° 1 et n° 11) des radiographies successives de la lésion à 4 et 5 ans d'intervalle montrent la parfaite constance de l'image, la stabilité de ses dimensions.

Cette évolution se fait silencieusement, c'est lorsque l'Epidermoïde a atteint une taille importante, que les déformations qu'il entraîne ou son ouverture dans la cavité buccale septique, amènent les patients à consulter.

La faible vitalité de la couche germinative (couche basale de l'épiderme intra-kystique) due au défaut de vascularisation de la paroi kystique constituée parfois uniquement par du tissu fibreux, explique cette extrême lenteur. (LEPOIRE et PERTUISET).

II. — EVOLUTION TRAITEE — RECIDIVES.

a) Comme dans toutes les autres localisations de *Kystes épidermoïdes* la guérison est de règle après énucléation complète.

b) Cependant, la multiplicité des foyers, dont rendent compte :

— macroscopiquement, l'allure polykystique de nombre d'Epidermoïdes, les différentes poches kystiques, distinctes, pouvant être séparées par des cloisons osseuses.

— microscopiquement,

- la présence de bourgeons épithéliaux diverticulaires au sein de la paroi kystique, et leur essaimage vraisemblable dans l'os périphérique.
- l'association, dans trois des observations (Obs. n° 3, 4, 17) de kystes épidermoïdes intra-gingivaux aux localisations osseuses.

peut être à l'origine de récurrences, liées sans aucun doute à une exérèse incomplète des formations épithéliales.

Il est à noter que, contrairement aux améloblastomes, les récurrences sont rares (2 cas seulement). Mais notre recul est encore insuffisant (3 à 4 ans en moyenne).

De plus, même étendues, elles peuvent être justiciables d'une nouvelle énucléation (Obs. n° 7) suffisant à entraîner la régénération osseuse.

Enfin, dans nos deux observations de kystes récidivés, *le type histologique était resté semblable.*

III. — PROBLEME DE LA TRANSFORMATION MALIGNES.

La possibilité d'une transformation maligne, et l'apparition d'un *Epithélioma*, semblent rarissimes.

Histologiquement, la maturation du tissu épithélial se produit sans anomalies suspectes, dans les *Epidermoïdes*.

HEIDSIECK seul rapporte une observation de kyste épidermoïde du maxillaire inférieur, à transformation

cancéreuse. Nous ne l'avons cependant pas retenue, car il pourrait s'agir en réalité d'un *Epithélioma Térébrant*.

Cette évolution a cependant été signalée à propos de localisations intracrâniennes (ERNST, cité par LEPOIRE et PERTUISET — BROWN).

IV. — TRAITEMENT : METHODES, INDICATIONS.

L'exérèse chirurgicale est certainement la méthode de choix.

Elle fut pratiquée dans 17 cas, souvent pour des formations très étendues, et ne fut suivie de récurrence que deux fois. L'une d'entre elles justifiable d'ailleurs du même traitement, qui suffit alors.

Les indications de la « résection à la demande » de la branche montante et d'une partie de la branche horizontale nous paraissent être l'exception.

Nous ne partageons donc pas l'opinion de HEIDSIECK, pour qui la *résection* constitue le procédé de choix, lorsque l'énucléation complète de la paroi kystique paraît comporter des difficultés (atteinte du condyle et du coroné sur les clichés radiographiques).

Bien au contraire, l'existence de *Kystes Epidermoïdes* au niveau des maxillaires, l'aspect qu'ils présentent, si voisin de celui des amélobalstomes, devraient modifier considérablement les conclusions adoptées par certains auteurs au sujet du traitement de ces derniers. La première intervention se devrait d'être toujours conservatrice, l'examen histologique pouvant révéler qu'il s'agit en fait, d'un kyste épidermoïde, avec ce que cela comporte de bénignité évolutive.

Enfin, la *Radiothérapie* à doses anti-inflammatoires a un effet des plus favorables sur ces lésions à faible potentiel évolutif. Non seulement elle stabilise le processus,

mais elle entraîne une régression des signes cliniques et radiologiques. (Obs. n^{os} 18 et 19).

LES INDICATIONS.

1 — de l'exérèse simple :

Dans bien des cas, une *Biopsie* exploratrice pourrait permettre de les préciser. Lorsque, devant une image radiologique d'*Améloblastome* étendu, l'examen histologique du fragment prélevé oriente vers un *Epidermoïde*.

a) on peut pousser au maximum les indications d'une intervention conservatrice, puisque les récides sont rares, et la transformation maligne exceptionnelle.

b) on peut être amené à intervenir dans certains cas « limites » (Obs. n^o 19) où le malade présentait en outre un purpura thrombopénique chronique congénital), étant donné les risques réduits de récide. (Il n'en serait naturellement pas de même avec le diagnostic d'*Améloblastome*).

2 — de la résection partielle de la mandibule.

Il ne semble pas souhaitable, de la pratiquer d'emblée.

Il faudrait la réserver aux récides situées, dans la branche montante et intéressant des régions difficilement accessibles à la curette.

3 — de la radiothérapie.

Elle constitue le seul traitement applicable à des lésions très étendues, surtout quand elles atteignent des sujets âgés.

Elle est suffisante, à entraîner une régression des signes cliniques et radiologiques, pour permettre un appareillage prothétique (Obs. n^{os} 17 et 18).

Discussion Pathogénique

I. — PATHOGENIE DES KYSTES DE TYPE EPIDERMIQUE.

- Dans une thèse récente, Mlle J. VIALARD faisait des kystes épithéliaux de la phalangette un aspect particulier du problème des « formations épithéliales intraosseuses ».
- La coexistence, dans certaines de nos observations, de kystes intra-maxillaires sous-muqueux (intra-gingivaux), et sous-cutanés (Obs. n° 1) nous amène à élargir encore ce cadre, en y incluant :

les diverses formations kystiques, qui ont pour caractère commun l'identité certaine de leur revêtement interne : « épidermique kératinisant » avec l'épithélium cutané.

Outre le parallèle anatomopathologique, une identité d'origine affirme cette conception.

== *Parallèle anatomopathologique*

- constance de la paroi caractéristique de type épidermique contrastant avec l'inconstance du caractère cholestéatomateux du contenu.
- ceci observé aussi bien dans
 - kystes épidermiques sous-cutanés
 - localisations nerveuses
 - intra-crâniennes
 - intra-rachidiennes

- épidermoïdes intra-osseux de la voûte crânienne.
- kystes épithéliaux de la phalangette (dont la dégénérescence cholestérinique est exceptionnelle).
- cholestéatomes primitifs de l'oreille moyenne (la dégénérescence cholestérinique y est la règle).

= Identité d'origine par inclusion épithéliale.

Deux mécanismes sont invoqués :

1) L'origine traumatique

- *Pour certains auteurs, l'inclusion traumatique d'un débris dermique dans le tissu conjonctif, peut aboutir à la constitution d'un kyste.*

(Obs. de FORESTIER, HAGUENAU, PETIT-DUTAILLIS, de kyste épidermoïde intrarachidien, par inclusion d'un fragment de la couche basale de l'épiderme dans l'espace sousdural, à la suite d'une ponction lombaire).

- *Pour certains autres*

- Les épithéliums placés expérimentalement en profondeur, ne déterminent que de petites formations kystiques, qui n'atteignent jamais la taille de la plupart des kystes dermoïdes et épidermoïdes, et dont l'évolution dans le temps est limitée.
- L'isolement et l'inclusion des nids épithéliaux subissant la dégénérescence kystique remonteraient donc à la période fœtale, au cours de l'embryogénèse.

Quoiqu'il en soit, ce mécanisme est habituellement retenu à l'origine des

- kystes épithéliaux de la phalangette
- kystes épidermiques sous-cutanés.

2) L'origine dysembryoplasique

- *Pour* VON REMAK, il s'agit d'un pincement de l'épiblaste, isolant les éléments épidermiques à un stade précoce du développement embryologique.
- *Pour* LANNELONGUE, le développement d'un bourgeon embryonnaire peut entraîner la migration d'un îlot ectodermique. Le « parasite cellulaire » entraîné à distance, se greffe dans les tissus où il a été conduit, et donne ultérieurement un kyste.

MM. LEPOIRE et PERTUISET, à propos des épidermoïdes intracrâniens, et appuyant leur assertion sur l'adhérence opératoire de ces formations aux gros vaisseaux, reprennent cette conception. Les Epidermoïdes intracrâniens procéderaient d'une inclusion ectoblastique, primitivement au contact des gros vaisseaux de la base.

Cette origine dysembryoplasique a pu être invoquée pour les kystes épithéliaux de la phalangette (MM. DELARUE et CHOMETTE).

Elle est retenue pour

- kystes épidermoïdes intra-osseux de la voûte crânienne
- localisations nerveuses
- cholestéatomes primitifs de l'oreille moyenne

II. — CAS PARTICULIER DE LA LOCALISATION MAXILLAIRE.

- *Dans la plupart des cas, une origine dysembryoplasique doit être retenue.*

Nous nous fondons pour l'affirmer sur

- la présence éventuelle d'Annexes Cutanées (glande sébacée dans l'observation n° 2),
- l'association possible de ces dysembryoplasies, alors multiples et siégeant soit dans le tissu osseux, soit dans les parties molles (observation n° 1 : Dysembryoplasies épithéliales à localisations multiples).
- l'absence de rapports avec la denture
 - localisation à distance des dents, souvent même uniquement dans la branche montante,
 - présence de foyers multiples, développés en divers points d'un ou des deux maxillaires.

Mécanisme de l'inclusion épithéliale.

- *Au maxillaire inférieur*, il nous faut faire intervenir la migration d'un îlot cellulaire, à destinée épithéliale, indépendant du système dentaire.
- Cette migration pourrait être liée *au développement du pédicule vasculo-nerveux dentaire inférieur.*

(selon la conception de MM. LEPOIRE et PERTUISET)

- obs. n° 6 : les images paraissent centrées sur le trajet du nerf dentaire inférieur.
- obs. n° 20 : Le Nerf dentaire est englobé dans la paroi.

- On peut aussi invoquer *le mode de croissance du cartilage* de MECKEL, qui, prenant naissance en haut, dans la partie la plus élevée de la cavité tympanique (fente hyo-mandibulaire), passe en dedans de la parotide et de la carotide externe, en dehors du Pyérygoïdien interne, pour atteindre la symphyse. (TESTUT)
- *Au maxillaire supérieur*, il s'agirait au contraire d'une inclusion au cours de la coalescence des bourgeons de la face; ils se fusionnent en effet, dans la région canine, siège d'élection des Epidermoïdes. Ils seraient donc à rapprocher des *Kystes latéraux intra-osseux de la région incisive*.
- *Certains auteurs pensent que la nature épidermique du revêtement interne de la cavité kystique, est liée à la métaplasie malpighienne de ce dernier* — et font ainsi de ces formations, une variété de kystes parodontaires :
 - kystes folliculaires (PHILIPSEN)
 - kystes développés aux dépens de débris de la lame dentaire (HEIDSIECK, KALLENBERGER).
- 1) *La métaplasie Malpighienne.*
 - VIRCHOW a créé le terme de « métaplasie ». Il l'attribuait à la « persistance des cellules d'un tissu, avec changement des caractères de ce tissu.
 - Cette notion a été précisée par LUBARSCH et SCHRIDDE qui distinguent :
 - une métaplasie indirecte, nécessitant l'intervention des cellules indifférenciées.

- une métaplasie directe, qui seule nous intéressera.

Elle préside à la maturation cornée d'un épithélium non kératinisant dans les conditions normales.

— L'irritation chronique, et sa traduction histologique : infiltrat inflammatoire en périphérie, est habituellement retenue à l'origine de telles métaplasies.

— Des travaux plus récents ont montré que d'autres facteurs peuvent être invoqués :

- hyperoestrogénie
- carence en Vitamine A
- perturbations circulatoires loco-régionales. (MM. CIVATTE et CHOMETTE).

— L'inflammation n'apparaît donc pas indispensable, dans la genèse des métaplasies. Ce processus peut être invoqué en son absence.

2) *Kystes Folliculaires ayant subi la métaplasie épidermoïde.*

— Une seule de nos observations répond à cette variété (Observation n° 26).

— Certains auteurs (CAHN, PHILIPSEN) considèrent que les kystes épidermoïdes des Maxillaires répondent tous à une étiologie par inclusion dentaire.

PHILIPSEN rapproche la *maturation cornée de l'épithélium intrakystique, de la kératinisation, processus de défense observé au niveau de la muqueuse buccale*, à propos des leucoplasies dues à une irritation chronique — L'épithélium provenant de la lame dentaire, qui n'est qu'une invagination de la muqueuse buccale, conserverait ce potentiel particulier.

Sans souscrire obligatoirement à cette opinion, il est de fait que certains kystes folliculaires peuvent être revêtus d'un épithélium de type épidermique kératinisant.

= Nous en rapprocherons :

- a) le kyste mentionné dans l'observation n° 24
Malgré son aspect anatomopathologique typique et la vitalité des dents voisines : la situation dans l'os alvéolaire, atypique pour une dysembryoplasie épidermique, nous a conduit à le placer dans le groupe des kystes d'origine paradentaire éventuelle.
- b) L'observation n° 26, qui est celle d'un kyste marginal postérieur de la dent de sagesse inférieure droite.

3) *Kyste radiculo-dentaire, ayant subi la métaplasie épidermoïde.*

De tels faits semblent rares.

- I. — Nous n'en avons qu'une seule observation (Obs. n° 27).

D'après KALLENBERGER, « L'épithélium des kystes paradentaires a lui aussi la possibilité de s'orienter vers l'hyperkératose et la parakératose ».

D'après PERTHES et BORCHERS : les affections décrites comme des cholestéatomes des mâchoires supérieure et inférieure, constituent des manifestations de l'inflammation chronique, induisant une métaplasie épidermique.

En fait, certains kystes épidermoïdes, par leur développement, peuvent venir au contact de dents mortifiées et infectées. La question peut donc se poser

- kystes épidermoïdes développés en regard de lésions dentaires
- ou kystes radiculaires ayant subi une métaplasie épidermique ?

L'infection secondaire est responsable de lésions de type inflammatoire, dans d'authentiques kystes épidermoïdes (Obs. n° 19). L'examen anatomopathologique est donc parfois impuissant à trancher le problème.

II. — Les « Cholestéatomes des Mâchoires » décrits par RODIER, qui retient constamment la gangrène pulpaire à leur origine n'en sont pas. Il s'agit dans la plupart des cas de granulomes ou de kystes ayant subi une dégénérescence cholestérinique, bien décrite par CROCQUEFER. Ils ne présentent en aucun point d'épithélium à maturation cornée.

4) *Cholestéatomes du Maxillaire supérieur.*

Il est possible d'observer au Maxillaire supérieur, des formations kystiques, à revêtement interne épidermique, ayant subi la dégénérescence cholestéatomeuse et qui dépendent de la muqueuse sinusienne. Ils communiquent en effet, le plus souvent avec la cavité sinusienne, dont ils constituent une évagination. Les lésions inflammatoires, responsables de la métaplasie Malpighienne sont liées à une sinusite chronique. Il ne s'agit pas de kystes par dysembryoplasie épidermique.

(RYWKIND — STONES — THOMAS — KNAPP).

III. — KYSTES EPIDERMOIDES ET AMELOBLASTOMES.

- Le diagnostic le plus souvent évoqué, dans les observations rapportées ici, est celui d'*Amélo-*

blastome. Ceci nous a conduit à les grouper en « forme pseudo-améloblastique ».

- Cliniquement et radiologiquement, le diagnostic était impossible, et c'est en règle une découverte d'examen anatomopathologique.
- Ce sont en effet, deux entités bien distinctes anatomiquement.

La différenciation épithéliale de type malpighien est bien connue au niveau des Améloblastomes. Elle peut témoigner dans certains cas d'un potentiel de malignité. (MM. CERNEA et MUGNIER).

- Il semble que la métaplasie épidermoïde des Améloblastomes ne soit jamais totale. Il persiste toujours sur les coupes examinées un fragment d'épithélium adamantin aisément reconnaissable, de plus cette transformation atteint seulement les couches les plus superficielles du tissu épithélial.

Cette métaplasie n'est pas une métaplasie épidermoïde complète, elle ne s'accompagne en général pas de cellules à éléidine. Elle produit au contraire, une parakératose.

Enfin, d'après les travaux de J.J. HOBSON, il faut attacher une certaine importance à la présence de glycogène, de mucopolysaccharides, associée à la kératinisation inhabituelle de l'épithélium de revêtement des Améloblastomes.

De tels faits n'ont jamais été observés au niveau des kystes épidermoïdes. (Docteur PAYEN).

- Leur évolution contribue aussi à les distinguer et il faut opposer les relatives raretés des récives après exérèse de kystes épidermoïdes (2 cas sur 23) pour le recul dont nous bénéficions, à leur fréquence après intervention pour Améloblastomes.

— Toutefois,

= si l'on retient la théorie de Mutation de K.H. BAUER « en cas de migration cellulaire prématurée = il existe une possibilité de développement d'un tératome présentant des tissus différenciés, s'il s'agit de cellules à potentiel élevé.

indifférenciés, si l'hétéropie cellulaire est plus tardive = la formation d'un kyste épidermoïde est seule possible ».

Elle a été reprise par PRITCHARD, pour qui les tumeurs des Maxillaires dériveraient toutes d'un même type de cellules qui suivant des incitations ou des inductions diverses se différencieraient suivant des formes variées, pouvant être à l'origine de lésions très différentes.

= On ne peut donc exclure toute parenté histogénétique, entre ces deux formations d'un pronostic pourtant totalement différent.

Ces théories ne rendent cependant pas compte de la présence d'inclusions dermiques dans la paroi de certains kystes épidermoïdes. (Obs. n° 2).

Observations

Pour la commodité de l'exposé, nous les diviserons en quatre groupes.

1. — Nous réunirons tout d'abord deux observations, particulièrement démonstratives de l'origine dysembryoplasique des **Kystes Epidermiques** (ou **Epidermoïdes**, si on adopte la terminologie habituelle),

— **Kyste Epidermoïde du Maxillaire inférieur**, s'intégrant dans un tableau complexe de **Dysembryoplasies Epithéliales**.

— **Kyste Epidermoïde**, présentant dans sa paroi des **Annexes du Derme** (glande sébacée).

2. — FORMES PSEUDO-AMELOBLASTIQUES.

— La plupart des observations que nous réunirons ont donné lieu initialement au diagnostic d'**Améloblastomes**, et c'est l'examen anatomo-pathologique, qui a permis de le rectifier.

— Par ailleurs, le caractère particulièrement stable de ces lésions, la rareté des récurrences, contribuent à infirmer cliniquement la nature adamantinienne de ces formations kystiques.

Nous les diviserons en

1. — **Kystes Epidermoïdes**, uni ou multiloculaires, mais **uniques**, du maxillaire inférieur.

2. — **Formations Polykistiques**, uni, ou **Bimaxillaires**.

3. — **KYSTES EPIDERMOIDES DU MAXILLAIRE SUPERIEUR**.

4. — **KYSTES DE TYPE EPIDERMIQUE, POUR LESQUELS UNE ORIGINE PARADENTAIRE NE SAURAIT ETRE EXCLUE**.

OBSERVATION N° 1 — Communiquée par le Docteur LATTES

Fernand B. est né le 3 Juillet 1932.

A 9 ans, puis à 12 ans, il subit deux interventions, pour kystes péri-coronaires développés aux dépens des canines supérieures droite et gauche.

Lorsqu'il a 15 ans, les parents finissent par s'inquiéter de la présence de nodules sous-cutanés sur la face dorsale de la main droite, sur la face postéro-interne du genou gauche, remarqués longtemps auparavant. Des biopsies pratiquées à l'époque concluent à la bénignité de l'affection.

A 20 ans, un chirurgien-dentiste lui extrait la dent de sagesse inférieure gauche; mais l'alvéole ne se cicatrisant pas au bout de quelques mois, Fernand B. consulte le docteur LATTES à l'Hôpital Laënnec.

Des radiographies pratiquées alors, objectivent :

- maxillaire défilé gauche : volumineux kyste de la région de g8 se prolongeant au-dessous de la dent de 12 ans. Remontant dans la branche montante, respectant la corticale.
- maxillaire défilé droit : **volumineux kyste de la branche horizontale, siégeant dans la région de la dent de 6 ans**, entraînant un déplacement important de cette dernière, et des prémolaires, dont les apex sont très mésiaux, longeant les racines de ces dents en avant et en arrière, atteignant le rebord alvéolaire entre d5 et d6 en haut, le bord basilaire en bas. Cette image régulière est cernée d'un liseré de condensation périphérique; respecte l'intégrité des corticales.
- Films rétro-dentaires :
précisent les images précédentes,
montrent l'inclusion de D8,
objectivent la présence d'un kyste dans la région de G8.

Ces multiples formations kystiques, associées à la taille, devenue anormalement élevée du sujet, font évoquer une endocrinopathie.

Des examens complémentaires poussés sont effectués.

- bilan humoral et endocrinien
- bilan radiologique complet du squelette
- examen ophtalmologique, au cours duquel est notée la présence d'un **Epithélioma Pegétoïde** sur la paupière gauche (cet élément était d'ailleurs associé à d'autres éléments semblables : tempe droite...)
- enfin, le prélèvement d'un des nodules sous-cutanés déjà mentionnés, montre qu'il s'agit de **Kystes épidermiques** simples, bénins.

Au terme de ce bilan, le gigantisme apparaissait comme le reflet d'un trouble fonctionnel hypophysaire et devait être dissocié de la présence des formations kystiques intra-maxillaires et sous-cutanées.

15 Juillet 1953 : énucléation d'un gros kyste de la région g8 dont la poche est épaisse, scléreuse.

- 27 Novembre 1953 : extraction de la dent de sagesse supérieure droite.
- 30 Novembre 1953 : ponction du kyste situé dans la région de la dent de sagesse supérieure gauche. Son énucléation est décidée. Mais le patient reste trois ans sans revenir.
- 1957 : Le Docteur DUCOURTIOUX l'opère d'une série de petits épithéliomas cutanés tous de même type basocellulaire, vérifiés par l'histologie, et qui siégeaient à la paupière supérieure droite avec extension sous forme de récidue à la commissure palpébrale externe (cliniquement **épi-pagétoïde**) du côté droit du nez, de la région occipitale droite, et de trois autres épithéliomas baso-cellulaires du dos.
- 13 Janvier 1958 : une nouvelle radiographie de **l'hémi-maxillaire droit** montre la stabilité parfaite de l'image observée 4 ans auparavant. L'énucléation du kyste est alors pratiquée, après extraction de d6 elle laisse le nerf dentaire inférieur à découvert. Suites simples.

Examen Anapath. (Dr. PAYEN) **Kyste épidermique.**

OBSERVATION N° 2 — Communiquée par le Professeur DECHAUME

— Monsieur Gui..., 57 ans.

découverte fortuite d'un kyste du maxillaire inférieur droit en Mars 1955.

— La dent de sagesse inférieure droite aurait été extraite, il y a 25 ans, les deux molaires auraient été traitées et couronnées entre 1940 et 1944, la première prémolaire inférieure droite, extraite en 1947.

— Aucun autre antécédent pathologique particulier, jusqu'en Février 1957 où le malade a présenté des signes inflammatoires qui ont abouti à l'ouverture d'un abcès dans la bouche en regard de la 2° prémolaire.

— L'examen ne montre aucune modification des contours du maxillaire inférieur, aucun trouble neurologique, aucun trismus.

Vestibule et plancher sont normaux, il existe peut-être un léger épaissement mandibulaire dans la région molaire et une fistule en regard de la 2° prémolaire. Les molaires sont couronnées, solidement implantées, non douloureuses, les autres dents présentes sur l'arcade sont saines.

— La radiographie montre au-dessous des molaires une image radio-claire allongée, d'avant en arrière, à contours nets limitée par une mince zone de densification osseuse, refoulant le nerf dentaire en bas et en arrière. (4 cm. X 1,5 cm.).

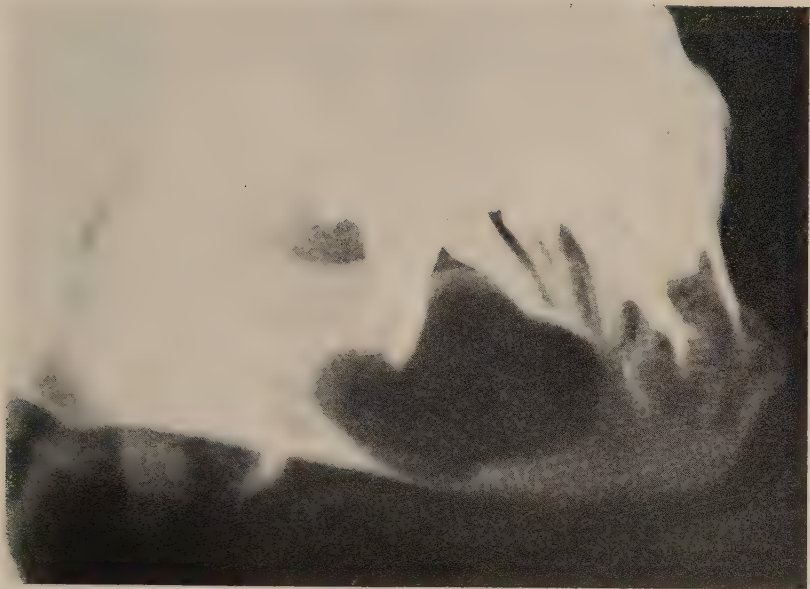
Les apex des deux molaires dont les canaux ne sont pas obturés plongent dans la cavité kystique.

— L'intervention découvre un kyste très aplati dans le sens transversal, n'adhérant pas aux molaires.

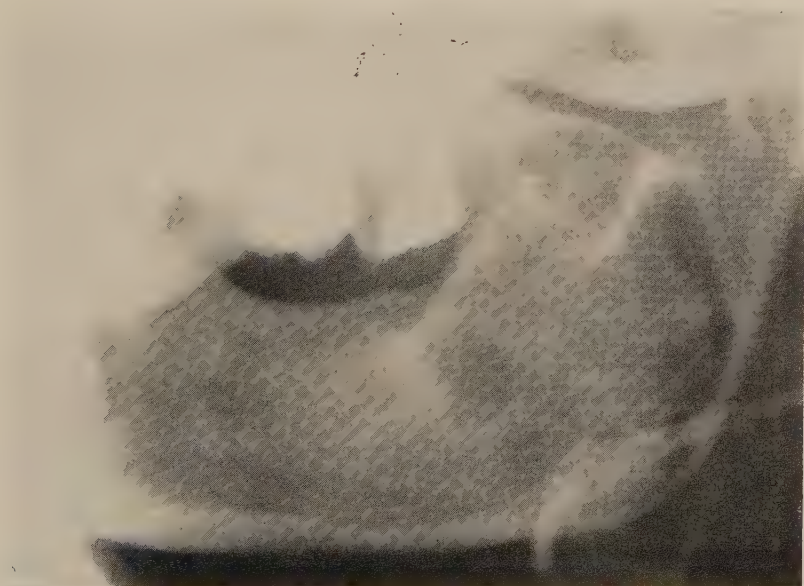
— Histologiquement, la paroi kystique est très remaniée. Elle renferme de nombreux cristaux d'acides gras, s'étendant sur toute la hauteur de la paroi.

L'épithélium conservé en certains points est de type kératinisant et **dans la paroi existent des formations sébacées montrant l'existence d'un kyste épidermique avec annexes cutanées.**

— Deux ans après l'intervention, bonne cicatrisation osseuse.



OBSERVATION N° 1 (Docteur LATTES) : Fernand B.



OBSERVATION N° 3 (Professeur DECHAUME) : Madame LE P.

FORMES PSEUDO-AMELOBLASTIQUES

FORMATIONS KYSTIQUES ISOLEES

OBSERVATION N° 3 — Communiquée par le Professeur DECHAUME

— Madame LE P., 61 ans,

vient consulter en Mars 1952, pour une tuméfaction de la branche montante droite, évoluant insidieusement depuis 6 mois, sans trismus, sans troubles neurologiques, sans phénomènes inflammatoires.

— Le maxillaire inférieur est édenté, sauf dans la région incisive; la ponction de la branche montante ramène un liquide d'apparence kystique.

— La radiographie montre une image radio claire, occupant toute la branche montante, soufflant l'apophyse coronoïde et se prolongeant dans le tiers postérieur de la branche horizontale; image à contour polycyclique avec ébauche de traits de refend.

— L'intervention est faite par incision sur le bord antérieur de la branche montante.

Excision d'un fragment comprenant la muqueuse buccale et la paroi du kyste.

Il est difficile de cliver la poche kystique.

Nettoyage de la cavité qui paraît bourrée de masses assez semblables à des grains de riz agglomérés.

— Histologiquement, le contenu de la cavité est constitué par des lamelles de kératine agglomérées.

Le fragment de muqueuse prélevé montre en profondeur la partie superficielle de la paroi kystique qui est bordée par un épithélium de type malpighien kératinisant.

Il existe également dans la partie superficielle sous l'épithélium, de petits kystes remplis de kératine.

OBSERVATION N° 4 — Communiquée par le Professeur DECHAUME.

— Madame SCH., en Juin 1957, apparition brutale d'une tuméfaction de l'angle mandibulaire gauche, qui se termine par l'issue de liquide salé dans la bouche, trois jours après le début des troubles.

- Lorsque la malade vient consulter, trois semaines après le début des accidents, il ne persiste aucun signe. On note seulement l'absence des molaires extraites depuis plusieurs années.
- La radiographie montre une image multiloculaire, atteignant la branche horizontale et remontant jusqu'à l'échancrure sigmoïde.
- Une biopsie est faite pour éliminer l'hypothèse d'améloblastome.

L'intervention curatrice montre un angle et une branche montante à peine déformée; il faut réséquer une paroi osseuse dense et épaissie pour arriver à pénétrer dans la cavité kystique.

Cette cavité est faite de deux loges : une, remonte dans la branche montante et paraît multiloculée; l'autre s'étend dans la branche horizontale.

Ces deux poches sont réunies au niveau de l'angle par un orifice rétréci.

Le clivage de la paroi kystique est assez difficile.

La cavité contenait une substance très semblable au caséum.

- Les prélèvements mettent en évidence :

1^o) **dans la muqueuse gingivale, de multiples formations kystiques de type épithélial renfermant en grande abondance de la kératine.**

2^o) Dans le tissu osseux, des kystes, de nature identique, bordés par un épithélium épidermoïde kératinisant, sans lésions inflammatoires dans la paroi.

- Le contenu de ces kystes est constitué par de la kératine mêlée à des débris épithéliaux.
- Les suites opératoires sont normales, et la reconstitution osseuse est en bonne voie.

OBSERVATION N^o 5 — Communiquée par le Docteur BATAILLE

- Madame Louise C., 35 ans, sans profession,
vient consulter pour une tuméfaction du bord basilaire gauche de la mandibule, apparue depuis 2 ans, d'évolution silencieuse.
- A l'examen : la tuméfaction, dure, siège à l'aplomb des prémolaires, et de la dent de 6 ans, elle fait corps avec l'os.
Ces dents sont vivantes.
Pas de signes de VINCENT.



OBSERVATION - 4 (Professeur DECHAUME) : Madame SCH.



OBSERVATION N° 5 (Docteur BATAILLE) : Madame Louise C.

- Les radiographies montrent la présence d'une image kystique multiloculée, intéressant les régions : prémolaire, et de la dent de 6 ans, inférieures gauches.
- Le diagnostic porté est celui d'améloblastome.
- L'intervention est pratiquée le 10 Février 1956.
- Le liquide kystique est citrin, contenant des paillettes de cholestérine.
La face interne de la paroi kystique est tapissée de villosités.
- L'examen anatomopathologique, confié au Docteur PAYEN, montre qu'il s'agit d'un **Kyste Epidermoïde**.
- La radiographie de contrôle (17 Avril 1957) objective une recalcification notable des lésions.

OBSERVATION N° 6 — Communiquée par le Docteur GRELLET

- Monsieur PE., 54 ans,
se fait extraire pour monoarthrite la 2^e molaire inférieure gauche, en Septembre 1954. Les suites opératoires sont longues et jusqu'à Février 1955, persiste une élimination de petits séquestres.
- En Mars 1955, apparition d'une tuméfaction angulo-maxillaire gauche, accompagnée d'un trismus discret et d'anesthésie transitoire dans le territoire du nerf dentaire inférieur gauche.
- L'examen à ce moment révèle la déformation de la branche montante l'anesthésie dans le territoire du mentonnier et l'existence d'une fistule suppurante dans la région de la 2^e molaire inférieure gauche.
- La radiographie montre une image polycyclique, semblant centrée sur le trajet du nerf dentaire inférieur dans la branche montante et la partie postérieure de la branche horizontale. Ces images radio-claires remontent jusqu'à la base du col du condyle.
- En Mars 1955, résection de la branche montante et de la branche horizontale en arrière de la première molaire, greffe iliaque immédiate.
- L'examen de la pièce opératoire montre de multiples cavités kystiques étagées sur la hauteur de la branche montante. Elles sont indépendantes les unes des autres. L'une est au contact du nerf dentaire inférieur. Ces kystes sont histologiquement constitués par un tissu fibreux lamellaire à disposition concentrique peu vascularisé, sans éléments cellulaires, sans lésions inflammatoires. L'épithélium est de

type malpighien aplati avec kératinisation. De la kératine occupe la lumière de ces kystes.

— Deux ans et demi plus tard, très bon résultat.

OBSERVATION N° 7 — Communiquée par le Docteur ACHARD

— Madame C. D., 26 ans, sans profession,

vient consulter le 1^{er} Juillet 1952, pour une intumescence douloureuse de la région massétérine gauche, s'accompagnant d'une poussée thermique à 39°4.

— A l'examen, une tuméfaction volumineuse, rouge, dure, mal limitée, intéresse la région latérale gauche de la face. Un trismus serré gêne l'examen endobuccal, par ailleurs négatif. On note l'absence de dent de sagesse; le rempart alvéolaire rose est intact.

Cette patiente est hospitalisée :

traitée par la Terramycine, 1 g. 5 par jour.

Les radios pratiquées à ce moment-là sont négatives.

Huit jours après, le 8 Juillet 1952, la patiente sort, tous les symptômes ayant régressé.

— Le 6 Mai 1954, deux ans après, elle vient consulter de nouveau pour des douleurs très vives au niveau de l'angle mandibulaire gauche, accompagnant une tuméfaction de la région.

— A l'examen endobuccal, on note la présence d'une fistule du rebord alvéolaire, dans laquelle le stylet s'enfonce profondément et à la radio, une image de tumeur liquidienne de l'angle.

La patiente est remise à la Terramycine.

— Le 11 Mai 1954, intervention sous anesthésie générale :

- curetage du kyste suivi de
- méchage

— Le diagnostic porté en cours d'intervention est celui d'**Adamantinome Polykystique**.

— L'examen anatomopathologique est confié au Docteur PAYAN :

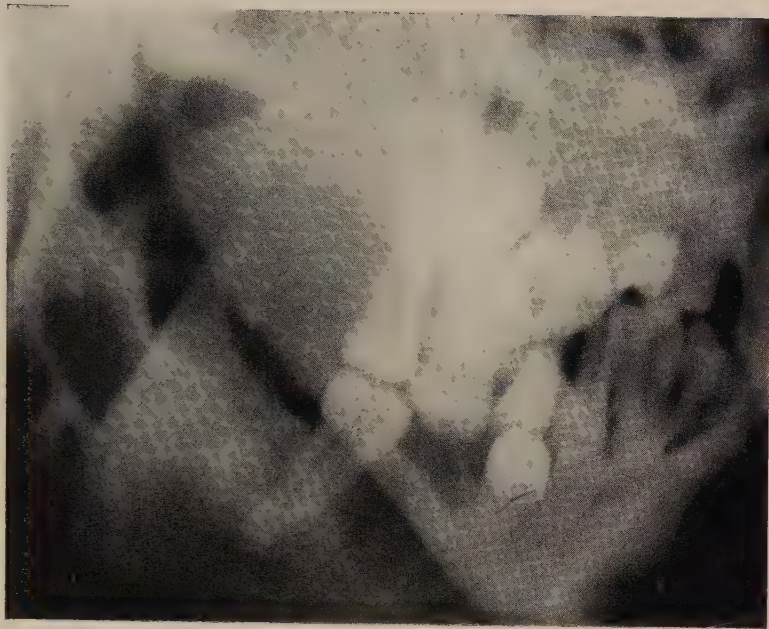
« On note en bordure une muqueuse épidermoïde normale. Le plan sous-jacent est un tissu conjonctif dense, avec présence de fibres musculaires striées en profondeur. Cette image ne comporte aucune réaction inflammatoire. Elle est dépourvue de tout caractère de Néoformation ».



OBSERVATION N° 6 (Docteur GRELLET) : Monsieur PE.
La tomographie objecte parfaitement le groupement des lésions
autour du canal dentaire



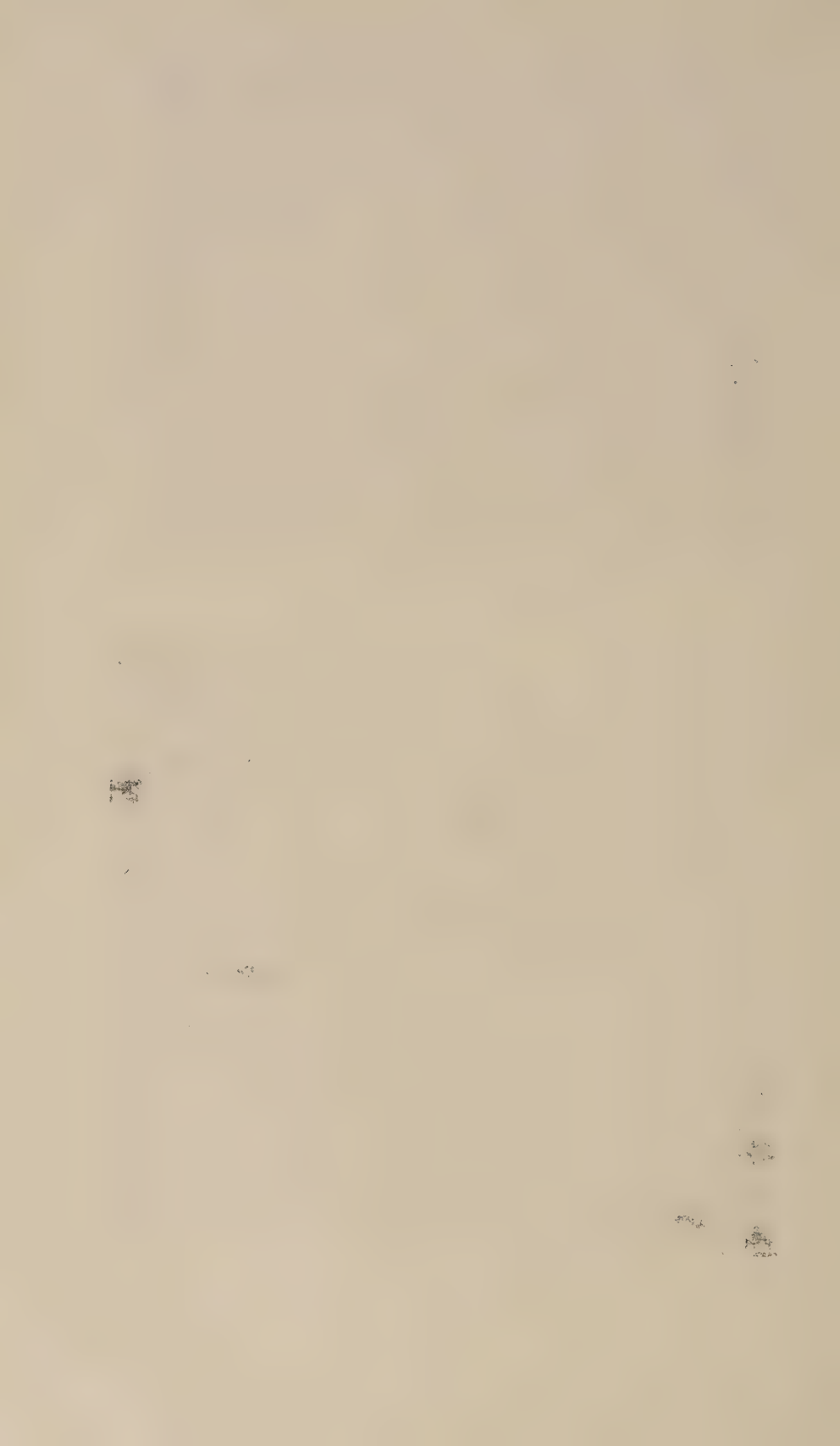
OBSERVATION N° (Docteur ACHARD) : Madame C. D.
Image Initiale.



OBSERVATION N° 7 (Docteur ACHARD) : Madame C. D.
Image de récive (un an après l'intervention)



Reconstruction osseuse de la branche montante,
après nouvelle intervention conservatrice



- Une première radio de contrôle pratiquée deux mois après montre une amélioration; la structure osseuse semble se reformer.
- Par contre, un deuxième cliché, pratiqué un an après, objective une nouvelle image kystique, confirmée par des tomographies.
- A l'intervention pratiquée le 11 Juin 1956, toute l'apophyse coronoïde a disparu, et le contenu du kyste paraît « grassex ».
- L'examen anatomopathologique, pratiqué par le Professeur PICARD apporte les renseignements suivants : « coupée à différents niveaux, la paroi du kyste montre partout la même structure, elle est formée d'une lame fibreuse, qui dessine toutes les anfractuosités de la cavité et qui est tapissée par un épithélium malpighien à basale plane, mince, dont les assises superficielles subissent une kératinisation. Il reste par endroits des amas de squames adhérentes, constituant le contenu du kyste. Histologiquement, il ne s'agit donc pas d'un adamantinome, mais d'un **Kyste Epidermoïde**, sans aucun signe suspect de prolifération maligne.
- Un contrôle radiologique effectué le 2 Août 1957, montre une reconstitution de la branche montante.

**OBSERVATION N° 8 — Communication des : Dr. J. DELAIRE, Dr. LANDAIS
Dr. J. P. KERNEIS (résumé)**

- Monsieur M., 64 ans,
vient consulter le 28 Août 1957, pour des phénomènes inflammatoires de la région de l'angle mandibulaire droit, à type de douleurs, trismus, tuméfaction et fièvre, évoluant depuis 8 jours.
- Tous ces signes régressent partiellement sous l'influence de la pénicilline.
- A l'examen, on note un épaississement de l'angle mandibulaire, s'accompagnant d'une infiltration celluleuse de voisinage, l'absence d'adéno-pathie satellite et de signe de VINCENT.
L'état bucco-dentaire est satisfaisant; dans la région molaire droite en particulier, toutes les dents sont vivantes.
La dent de sagesse, bien dégagée de la muqueuse, est légèrement mobile et sensible à la percussion.
- Les radiographies révèlent la présence d'une volumineuse image multiloculaire de l'angle mandibulaire, s'étendant du coroné en haut, au droit de l'espace dentaire d6, d7, en avant. Elle est constituée de 5 cavités au moins, apparemment distinctes, qui rayonnent autour de la dent de sagesse.
- Le diagnostic d'**Adamantinome Polykystique** surinfecté paraît vraisemblable.

- L'intervention consiste en une énucléation de l'épaisse poche kystique, après effondrement progressif des parois des diverticules, complétés par une résection du pédicule dentaire, dès son entrée dans l'os, et sur toute l'étendue où il est dégagé (étant donné le diagnostic vraisemblable d'**Améloblastome**).
- Les suites opératoires sont simples.
- L'examen anatomopathologique montre qu'il s'agit d'un **Kyste Epidermoïde**, à parois légèrement anfractueuses, tapissé intérieurement par un épithélium malpighien papillomateux... On note l'absence de cellules adamantines...

**OBSERVATION N° 9 — Communication des : Dr. J. DELAIRE, Dr. LANDAIS
Dr. J. P. KERNEIS (résumé)**

- Monsieur P., 35 ans, menuisier, présente depuis 6 mois, une légère tuméfaction vestibulaire de la région canine inférieure gauche.

Absence de douleurs, mais les incisives et la canine inférieures gauches sont devenues mobiles.
- A l'examen, on note une tuméfaction manifeste, intéressant les deux tables osseuses. Toutes les dents de l'arcade inférieure sont indemnes de caries et de teinte normale.
- A la radio, on trouve une vaste image géodique, s'étendant de g4 à d3 et intéressant la quasi-totalité de la hauteur du maxillaire. On note l'aspect festonné du bord inférieur de cette géode.
- Ponction : elle ramène un liquide absolument limpide, eau de roche.
- Intervention : après ablation de la poche, l'extraction de dents de d2 à g5 est pratiquée, leur apex, ayant été dénudé au cours du curetage minutieux des parois osseuses.
- Examen Anapath. : **Kyste Epidermoïde** (paroi interne épithéliale Malpighienne, absence de cellules adamantines).

**OBSERVATION N° 10 - Communication des : Dr. J. DELAIRE, Dr. LANDAIS
Dr. J. P. KERNEIS (résumé)**

- Monsieur B., 61 ans, présente depuis deux mois environ, une tuméfaction de la région sous-maxillaire droite, augmentant progressivement de volume en l'absence de signes fonctionnels.
- Examen : au centre de la région intéressée, formation nodulaire de la grosseur d'une noix, indépendante des plans cutanés mais adhérente au maxillaire, et manifestement fluctuante.

La sensibilité cutanée est normale.

Enfin une édentation molaire bilatérale.

- Diagnostic porté : adénite sous-maxillaire suppurée, d'évolution froide.
- Mais à la ponction, on retire un liquide citrin, bourré de paillettes de cholestérine.
- Radio : vaste image radio-claire, intéressant la quasi-totalité de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur, limitée par un liseré de condensation périphérique, sauf au bord basilaire où la corticale est rompue. Le toit, correspondant au rebord alvéolaire édenté, est par contre intact.
- L'extériorisation basilaire conduit à intervenir par voie cutanée : clivage de la paroi kystique, laissant des parois osseuses nettes.
- Examen anapath. : kyste épidermoïde bénin.
- Les suites opératoires sont simples.

OBSERVATION N° 11 — d'après K. KALLENBERGER (résumé)
(Schweiz - Msch'r - Zahn - Janvier 1953)

- G.A., 38 ans, vient consulter pour une tuméfaction transitoire de l'angle mandibulaire, s'accompagnant de fistule.

A l'examen, la zone intéressée est édentée.

Le diagnostic porté (en raison d'un film endo-buccal révélant la présence de deux formations kystiques sous-muqueuses, de la taille d'une noisette) est celui de kyste multiloculaire (adamantinome ?).

Après intervention, on ne peut interpréter histologiquement la pièce, en raison du remaniement inflammatoire.

- Deux ans après la première intervention, le patient revient consulter. On avait retrouvé entre temps une radio faite quatre ans auparavant, qui objectivait un kyste multiloculaire de la branche montante droite du maxillaire inférieur.

L'intervention avait intéressé les récessus les plus proches de la gencive, et avec deux ans de recul, un cliché de contrôle montre la persistance du kyste multiloculaire, avec toutefois formation d'os dans les deux récessus intéressés par l'intervention.

Une nouvelle intervention conduit sur une cavité régulière, multiloculaire, remplie de masses nacrées et brillantes.

- Examen anapath : présence d'un épithélium pluristratifié, chargé superficiellement de lamelles de kératine en abondance.
- Ultérieurement, comblement osseux des lésions.

OBSERVATION N° 12 — d'après K. KALLENBERGER (résumé)
(Schweiz - Mschr - Zahn - Janvier 1953)

- ST. L., 50 ans, vient consulter pour des douleurs spontanées apparues depuis 10 jours au niveau d'une tuméfaction très sensible, augmentant progressivement de volume.
- A l'examen, tuméfaction droite, siégeant au-dessous du tragus, s'accompagnant de signes inflammatoires au niveau des téguments. Un trismus marqué permet néanmoins de constater l'édentation molaire bilatérale, l'aspect normal de la muqueuse.
- Radio : image claire de kyste multiloculaire, en imposant pour le diagnostic d'**Adamantinome**.
- A l'intervention, il s'agit d'un kyste ap'ati complétement rempli de masses blanc nacré, à odeur fade, à consistance de suif, contenu dans une cavité osseuse à parois lisses.
- Examen anapath. : **Kyste Epidermoïde**.
- Ultérieurement, comblement osseux des lésions.

OBSERVATION N° 13 — d'après C. HEIDSEIECK (résumé)
(Deutsche Zahn-Mund U. Kieferh — 1953)

- Madame W. F., 51 ans, vient consulter le 5 Mars 1952 pour des douleurs non caractérisées de l'hémi-maxillaire inférieur droit, apparues depuis 6 mois.
- Examen : tuméfaction de l'angle mandibulaire droit de consistance dure.
Les molaires inférieures droites sont absentes, sauf d6, vivante.
La muqueuse est normale.
- Radio : image d'adamantinome polykystique de la branche montante.
- A l'intervention, après effondrement d'une mince lamelle osseuse, apparaît un système complexe de cavités cloisonnées.
- Examen anapath. : **Kyste Epidermoïde**.

OBSERVATION N° 14 — d'après C. HEIDSEIECK (résumé)
(*Deutsche Zahn-Mund U. Kieferh* — 1953)

- Madame H. D., 30 ans, est adressée par son chirurgien-dentiste pour une tuméfaction légère de l'hémi-maxillaire inférieur droit, survenue un mois auparavant.
Un accident semblable avait rétrocedé, deux ans auparavant à un traitement externe.
- A l'examen, tuméfaction légère de l'hémi-mandibule droite dans la région de l'angle. On note la présence de : dent de sagesse et de dent de 12 ans, vivantes.
- Radio : image d'adamantinome polykystique.
- Après intervention, l'examen anapath. rectifie le diagnostic : **Kyste Epidermoïde.**

OBSERVATION N° 15 — d'après C. HEIDSEIECK (résumé)
(*Deutsche Zahn-Mund U. Kieferh* — 1953)

- Madame N. B., 50 ans, vient consulter pour une tuméfaction de la région maxillaire inférieure droite. (1949)
- Antécédents :
 - 1934 intervention ramenant deux « tumeurs sphériques » dans l'angle mandibulaire droit.
 - 1935 issue de pus dans la bouche
alors que la première intervention avait été faite par voie cutanée, celle-ci est faite par voie buccale.
- Examen : la tuméfaction du maxillaire inférieur s'étend sur toute la branche montante, et jusque dans la région prémolaire de la branche horizontale. Elle est dure, mais dépressible par endroits. La région molaire droite inférieure est édentée, la muqueuse n'est pas modifiée.
- Devant l'aspect radiologique, et la récurrence manifeste à deux reprises, le diagnostic d'**Adamantinome Polykystique** paraît évident.
Vu l'extension du processus et les données de l'interrogatoire, nous procédons à la résection de l'hémi-mandibule, avec désarticulation. La transformation kystique de l'os aboutit à la présence de plusieurs logettes, communiquant entre elles, et remplies d'une masse jaune, épaisse et friable.
- Examen anapath. : **Kyste Epidermoïde.**

OBSERVATION N° 16 — d'après C. HEIDSEIECK (résumé)
(Deutsche Zahn-Mund U. Kieferh — 1953)

- Madame K. E., consulte en Décembre 1947 pour une augmentation de volume de l'angle mandibulaire droit, qui a débuté un an auparavant.
- A l'examen, la consistance en est variable : dure comme de l'os par endroits, molle et se laissant déprimer ailleurs.
La canine inférieure droite est la seule dent présente au maxillaire inférieur.
- L'aspect radiologique fait porter le diagnostic d'attente d'**Adamantinome Polykystique**.
- La patiente se refusant à une intervention radicale, on procède à l'exploration d'une série de cavités, remplies d'un liquide malodorant laiteux.
Les parois de la branche montante ne sont plus formées d'os que par place, en fin d'intervention.
- Examen anapath. : **Kyste Epidermoïde**.
- Le 11 Mars 1952, la patiente se représente porteuse d'une fistule récente sous l'arcade zygomatique. L'examen à la sonde parvient à proximité de l'articulation; il en sourd un peu de pus jaunâtre et fluide.
A l'examen endo-buccal on ne relève ni excoriation muqueuse, ni anomalie osseuse.
- Une nouvelle radio en faveur d'une récurrence locale nous amène à procéder à la résection mandibulaire, dans la région de l'angle. L'image claire qu'on avait retrouvée dans la région du coroné, se révèle être une cavité compartimentée, contenant une matière nauséabonde jaunâtre et fluide.
- L'examen histologique donne les mêmes renseignements qu'en 1948.

FORMATIONS KYSTIQUES MULTIPLES

LOCALISEES AUX DEUX MAXILLAIRES.

OBSERVATION N° 17 — Communiquée par le Professeur DECHAUME

- Madame B.O., 51 ans, nous est envoyée en 1956 pour kyste du maxillaire inférieur.

En 1951, au cours de soins dentaires, une radiographie montrait l'existence d'un kyste du maxillaire inférieur. Aucun trouble pathologique jusqu'en

1956, où pour refaire une prothèse on vérifie l'état buccal; une nouvelle radio fait découvrir une image polykystique.

La palpation indolore montre un épaissement de tout l'arc antérieur de la mandibule (d'une région prémolaire à l'autre). Sur la crête alvéolaire persistent seulement g2 et d3 (en désinclusion). Sur la muqueuse gingivale fistule dans la région de d3.

Au maxillaire supérieur persistent sur l'arcade :

à gauche : G4 et G5 en malposition.

à droite : D1, D2 et D3 en rotation, D5 et D7.

Les diastèmes entre les dents sont anormaux.

Enfin existence d'une voussure rénitente dans la région palatine droite et fistules purulentes entre D2 et D3, D5 et D7.

Radiographies du maxillaire inférieur.

— à droite : géodes multiloculées à contours nets, occupant la moitié antérieure de la branche horizontale jusque vers la canine, qui paraît saine.

— à gauche : géodes multiples envahissant la branche horizontale sur toute sa longueur et toute sa hauteur; la branche montante est de même envahie jusqu'à la base de la coronoïde et du col du condyle, persiste seulement g2.

Radiographies du maxillaire supérieur.

— entre D3 et D5 cavité kystique multiloculée, à contours bien limités arrondis.

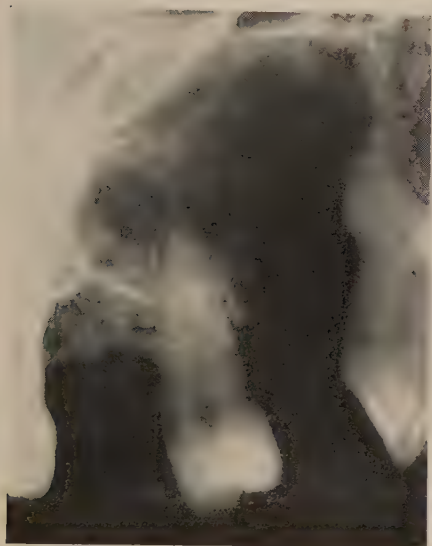
— il est fait deux biopsies : l'une au maxillaire inférieur dans la région canine droite et l'autre au maxillaire supérieur dans la région canine prémolaire droite.

Dans les deux cas les lésions sont semblables avec des formations kystiques bordées par un épithélium épidermoïde kératinisant. Il existe de plus dans la gencive du maxillaire inférieur des petits kystes identiques.

L'importance des interventions projetées inquiète le malade qui est traité par radiothérapie à doses anti-inflammatoires.

Deux ans après, l'état local est satisfaisant et permet une prothèse.

OBSERVATION N° 17 (Professeur DECHAUME) : Madame .BO.



Localisation maxillaire sup.



Localisation symphysaire



Localisation à la branche horizontale gauche

II. — LOCALISEES AU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

OBSERVATION N° 18 — Communiquée par le Professeur DECHAUME

Monsieur DUP., 60 ans, nous est adressé le 25 Juin 1952, avec le diagnostic (vérifié par biopsie) de cholestéatome mandibulaire.

Lors du premier examen de ce malade, il n'existe ni signes fonctionnels, ni généraux. Le menton et les branches horizontales mandibulaires paraissent tuméfiées; cet épaissement porte sur les tables externe et interne et sur la région basilaire.

L'examen révèle l'absence de troubles neurologiques, de trismus, découvre une fistule dans la région molaire gauche. Le malade est édenté molaire bilatéral (seule persiste d7) les autres dents sont indemnes de carie (sauf d5) mais très mobiles et légèrement douloureuses.

Les radiographies montrent l'existence de cavités kystiques à contours flous juxtaposées les unes aux autres, de l'angle mandibulaire gauche à la région molaire droite. Les dents indemnes de carie sont très mobiles, à peine maintenues par une faible épaisseur d'os alvéolaire.

Le malade refusant toute intervention est confié au Docteur BACLESSE pour radiothérapie. Les coupes histologiques communiquées montrent la présence de kératine agglomérée à des cristaux d'acides gras.

En Janvier 1953, après les séances d'irradiation, le docteur BACLESSE signale une nette régression des lésions tant clinique que radiologique.

En 1954, les lésions sont en nette régression.

En 1957, le malade, habitant loin de Paris, écrit que son état est excellent.

OBSERVATION N° 19 — Communiquée par le Docteur VIGNEUL

Monsieur Z..., 33 ans, est adressé par son médecin traitant pour une tuméfaction de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur.

Ce malade est atteint de purpura thrombopénique chronique congénital, longtemps méconnu, mais régulièrement suivi depuis quelques mois.

Les plaquettes sont à 40.000.

La tuméfaction mandibulaire, importante, soufflant les deux tables, est dépressible en son centre, dure et régulière en périphérie; allant jusqu'à la canine en avant, elle se perd au niveau de l'angle qui apparaît soufflé.

L'hypothèse de kvste paradentaire est retenue. d'autant qu'il existe en regard de la tuméfaction, plusieurs dents très délabrées, mortifiées.

Sur les radiographies et les tomographies demandées,

- à droite, on découvre une image polygédodique étendue, à limites nettes, sans rupture de la corticale. Les dents suspectes n'intéressent pas l'image tumorale.
- à gauche, image lacunaire plus limitée dans la région prémolaire inférieure gauche, paraissant également indépendante du système dentaire.

Toute décision opératoire restant subordonnée à l'affection hémorragique que présente ce malade, un traitement médical est entrepris en premier lieu en Septembre 1956, sous forme de CORTANCYL, 15 puis 20 mgrs par jour.

Devant l'échec du traitement cortisonique, une splénectomie est pratiquée en Mars 1957.

Ses résultats sont spectaculaires, 5 jours après l'intervention les plaquettes sont à 280.000.

Une biopsie de la tumeur mandibulaire droite, dont l'extension est cliniquement manifeste en 6 mois, est pratiquée le 20 Mars. Elle est confiée au Docteur PAYEN qui note en certains points de la paroi un tissu épithélial épidermoïde pluristratifié. Mais « le morcellement de la pièce opératoire, les lésions inflammatoires empêchent de préciser s'il s'agit d'un kyste d'origine paradentaire, ou d'un kyste par inclusion embryonnaire ».

Du 27 Mars au 4 Avril, toutes les extractions sont pratiquées sans incident hémorragique. (Plaquettes à 240.000)

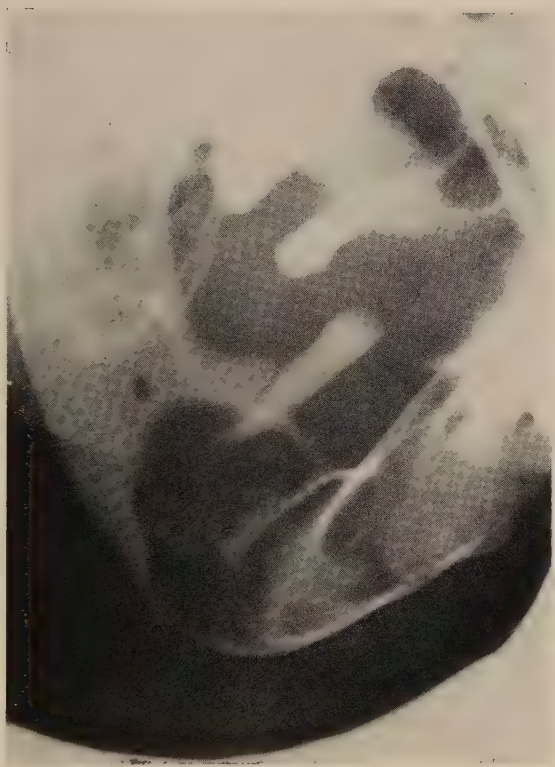
Le 9 Mai, après un bilan hématologique satisfaisant, intervention limitée au côté droit sous anesthésie générale avec intubation. Curetage après effondrement au ciseau des différentes cloisons osseuses, méchage (constations per-opératoires : revêtement kystique friable, déhiscent, non hémorragique, cavités kystiques remplies de liquide sero-hématique fétide).

Les suites opératoires sont simples et sur la radiographie pratiquée en Octobre, on note une ébauche de calcification de l'image tumorale.

Mais la dégradation progressive des résultats obtenus après splénectomie retarde la décision opératoire concernant la tumeur kystique de la branche horizontale gauche.

Plaquettes : 1 ^{er} Juin	165.000
26 Juin	148.000
10 Septembre	127.000

En Décembre 1957, le taux des plaquettes est remonté à 225.000; et le bilan hématologique étant satisfaisant, l'intervention est décidée après radiographies et tomographies complémentaires.



OBSERVATION N° 20 (Professeur DECHAUME) : Madame LIR

Elle est pratiquée le 6-1-1958 sous anesthésie générale avec intubation, curetage d'une poche homogène, remplie d'un liquide épais non hémorragique, bourrée de paillettes de cholestérine; méchage.

Les suites sont simples.

Le compte-rendu histologique nous est communiqué le 20-1-1958 par le Docteur PAYEN : **Kyste Epidermoïde.**

OBSERVATION N° 20 — Communiquée par le Professeur DECHAUME
(Nous classons cette observation de Kyste Epidermoïde dans le Chapitre des Kystes multiples, en raison de son étendue, de son aspect multiloculaire qui témoignent vraisemblablement de la confluence de plusieurs foyers).

Madame LIR., 78 ans, apparition insidieuse d'une tuméfaction de l'hémimandibule gauche, gênant le port d'une prothèse, puis accident infectieux stoppé par une incision buccale dans la région incisive, ayant amené une émission abondante de pus.

Lorsque la malade est examinée, la tuméfaction mandibulaire est évidente et s'étend de la région molaire gauche à la région canine droite. Dans la région médiane inférieure, fistule d'où s'écoule du pus en abondance.

Seule persiste sur l'arcade la canine inférieure droite, présentant une alvéolyse marquée, mais paraissant vivante (examen difficile).

La radiographie montre une image radio-claire, multiloculaire. La racine de d3 semble plonger dans l'image kystique, atteignant la région angulaire gauche.

L'examen histologique montre une paroi bordée par un épithélium kératinisant, en partie détruit au contact de lésions inflammatoires sous-jacentes; le nerf dentaire est englobé dans l'épaisseur de la paroi.

Les suites opératoires sont normales. La malade habitant la province ne s'est pas présentée à la consultation par la suite.

LOCALISATIONS AU MAXILLAIRE SUPERIEUR (kystes uniloculaires)

OBSERVATION N° 21 — Communiquée par le Docteur BATAILLE

Madame C..., âgée de 37 ans, sans profession, présente dans la région canine supérieure droite, édentée de longue date, une fistule vestibulaire. De cette fistule s'écoule un magna blanchâtre, lait caillé, qui attire l'attention.

Les clichés radiographiques montrent une image kystique, arrondie.

L'énucléation pratiquée, la pièce opératoire est adressée au Docteur PAYEN, qui répond **Kyste Epidermoïde**, en insistant sur l'importance du processus de kératinisation.

OBSERVATION N° 22 — Communiquée par le Professeur DECHAUME

Madame LAU..., 50 ans, apparition insidieuse d'une tuméfaction dans la région prémolaire-canine supérieure droite. Cette tuméfaction rénitente multibosselée, saille dans le vestibule. Les dents en regard, sauf la deuxième prémolaire, sont vivantes, mais canine et latérale sont déplacées.

La radiographie montre une image claire à contours mal limités refoulant la paroi du sinus.

L'intervention conduit dans une cavité contenant un mélange de caséum et de liquide blanchâtre.

La paroi kystique est indépendante de la deuxième prémolaire.

L'examen histologique montre une paroi très mince, dépourvue de cellules inflammatoires, tapissée par un épithélium malpighien kératinisant.

Suites opératoires simples.

OBSERVATIONS N° 25 — Communiquée par le Professeur DECHAUME

Monsieur PAU..., 29 ans. Apparition insidieuse d'une tuméfaction vestibulaire dans la région incisivo-canine supérieure droite; incisive centrale et canine sont mortifiées, la latérale est vivante.

La radiographie montre une image radio-claire où paraît plonger la racine de la latérale.

L'intervention énuclée un kyste qui n'adhère ni à la racine de la canine, ni à la latérale; il présente une adhérence très lâche, avec la face antérieure de la racine de la latérale. Histologiquement ce kyste à paroi épaisse est bordé par un épithélium épidermoïque avec parakératose de surface.

Suites opératoires normales.

KYSTES DE TYPE EPIDERMIQUE POUR LESQUELS UNE ORIGINE PARADENTAIRE NE SAURAIT ETRE EXCLUE.

- Soit du fait de leur localisation au niveau de l'os alvéolaire
- Soit du fait du contexte clinique (qui en imposerait pour
 - kyste marginal postérieur
 - kyste corono-dentaire
 - kyste radiculo-dentaire)



OBSERVATION N° 22 (Professeur DECHAUME) : Madame LAU



OBSERVATION N° 24 (Professeur DECHAUME) : Madame LAS

OBSERVATION N° 24 — Communiquée par le Professeur DECHAUME

Madame LAS., 56 ans : découverte fortuite d'une tuméfaction vestibulaire, rénitente, entre la 2^e prémolaire inférieure gauche et la 1^{re} molaire, ces deux dents sont vivantes.

La radiographie montre une image claire, **entre les racines des deux dents**; le contour inférieur arrondi se distingue facilement, le contour supérieur est invisible.

L'intervention par voie vestibulaire énuclée facilement un kyste n'adhérant pas aux racines voisines. La paroi, histologiquement ne présente pas de lésions inflammatoires, elle est bordée par un épithélium de type épidermoïde kératinisant.

Deux ans après l'intervention, la cicatrisation est parfaite. L'image de raréfaction osseuse a diminué de moitié.

**OBSERVATION N° 25 — Communication de : Dr. J. VILENSKI, Dr. J. BARA
Dr. J. VIGNEUL**

Elle concerne une jeune femme de 34 ans, venue consulter pour un **accident d'évolution d'apparence banale de la dent de sagesse inférieure droite**.

Cet accident fait suite à des poussées répétées de péricoronarite aiguë dont certaines furent traitées par antibiotiques.

La radiographie en maxillaire défilé découvre une image lacunaire polygédrique étendue, envahissant et déformant la branche montante et l'angle mandibulaire droit.

Cliniquement la déformation osseuse reste discrète, appréciable surtout au niveau de la basilaire dans la région angulaire.

Les signes radiocliniques et les constatations per-opératoires n'ont pas permis de trancher entre le diagnostic de kyste marginal postérieur de la dent de sagesse inférieure et celui d'améloblastome kystique. L'intervention s'est limitée à un curetage malaisé d'une vaste poche kystique friable remplie de sérosité louche suivie de méchage.

Examen anapath. (Dr. PAYEN) : **Kyste Epidermoïde**.

Il n'y a pas de récurrence après 18 mois.

**OBSERVATION N° 26 — Communication de : Dr. J. VILENSKI, Dr. J. BARA
Dr. J. VIGNEUL**

Il s'agit d'un **kyste corono-dentaire**, étendu en rapport avec la canine inférieure droite incluse, chez un homme de 31 ans.

Le diagnostic en est posé à l'occasion d'une fracture post-traumatique, intéressant la cavité kystique et entraînant un déplacement important des fragments.

Un difficile problème de réduction-contention résulte de l'édentation partielle et nécessite l'emploi du fixateur externe.

L'exérèse du kyste avec extraction de la canine incluse est pratiquée par voie buccale, quelques jours après; malgré un lambeau large taillé aux dépens de la muqueuse jugale et une suture par points rapprochés, une désunion partielle oblige à des lavages répétés.

Examen anapath. (Dr. PAYEN) : **Kyste Epidermoïde.**

Cependant la cicatrisation est acquise en un mois environ et la consolidation de la fracture en sept semaines.

Huit mois après, la guérison se maintient.

**OBSERVATION N° 27 — Communication de : Dr. J. VILENSKI, Dr. J. BARA
Dr. J. VIGNEUL**

Elle concerne une femme de 69 ans, suivie pour un phlegmon diffusé grave du plancher de la bouche. Celui-ci complique un volumineux **kyste radiculo-dentaire** développé à partir de la seconde prémolaire inférieure droite mortifiée.

Deux semaines environ après drainage du phlegmon périmaxillaire par plusieurs incisions cutanées et large débridement, toujours sous couvert d'antibiotiques, l'exérèse de la poche kystique est pratiquée; il s'agit d'un kyste volumineux infecté et extériorisé vers la table interne intéressant branche horizontale et région parasymphysaire droite du maxillaire inférieur.

Malgré l'étendue de la brèche opératoire, les suites opératoires sont simples.

Examen anapath. (Dr. PAYEN) : **Kyste Epidermoïde.**

La guérison se maintient deux ans après; depuis la malade a été perdue de vue.

Conclusions

- 1) Les *Kystes Epidermoïdes* des maxillaires sont des formations indépendantes de la denture, qui présentent une identité vraisemblable avec les autres formations de « type épidermique » du squelette, du système nerveux central, des parties molles. Ce sont des *Dysembryoplasies Epidermiques*.
- 2) Ils semblent se localiser électivement au maxillaire inférieur, dans la région de l'angle mandibulaire. Mais il faut insister sur la pluralité des foyers lésionnels, la possibilité de localisations bimaxillaires. Au maxillaire supérieur, ils siègent dans la région canine.
- 3) Cliniquement, ils se caractérisent par leur lenteur d'évolution, responsable d'une découverte souvent tardive. Radiologiquement, il est impossible de les distinguer des *Améloblastomes kystiques*. Dans près de la moitié des cas, leur contenu de type « *Cholestéatomateux* » est évocateur.
- 4) Anatomiquement, ils sont caractérisés par leur revêtement interne du type « épithélium épidermoïde kératinisant » avec apparition de cellules à éléidine, par la présence de formations épithéliales, et même d'annexes dermiques (glande sébacée) dans leur paroi, par l'association possible à des kystes épidermiques sous-cutanés ou intra-gingivaux. L'absence habituelle d'infiltrat inflammatoire en périphérie du kyste, l'absence de formations ou de cellules adamantiniennes, les différencient des kystes d'origine dentaire, et des améloblastomes.

- 5) Certains kystes folliculaires peuvent revêtir un aspect anatomo-pathologique très voisin. Leur étiologie (inclusion dentaire) doit les faire distinguer des précédents. Une métaplasie malpighienne est à l'origine de cette forme particulière.
 - 6) Leur traitement est avant tout chirurgical : exérèse de la poche kystique. Après un recul encore limité, la récurrence semble rare (moins d'un cas sur dix). Dans les cas inaccessibles chirurgicalement (étendue de la lésion, terrain) la radiothérapie a donné de bons résultats. (Professeur DECHAUME).
 - 7) L'existence de *Kystes Epidermoïdes au niveau des maxillaires*, l'aspect qu'ils présentent si voisin de celui des *Améloblastomes* devraient modifier dans une large mesure l'attitude thérapeutique préconisée par certains auteurs, en ce qui concerne ces derniers, et faire réserver les *Résections Interruptrices* aux cas de récurrences.
 - 8) Le pronostic de ces kystes est essentiellement bénin. Nous n'avons retrouvé aucune observation témoignant de façon certaine de la transformation épithéliomateuse d'un *Kyste Epidermoïde des Maxillaires*.
-

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Jean SARRAILH.

VU :

*Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris,*

Léon BINET.

VU :

Le Président de Thèse,

M. DECHAUME.

Bibliographie

- ARONSON W. — Zur Frage der Cholestéatomes der Kiefer.
Zeitschrift für Stomatologie 25 Mai 1939.
- BAILEY. — Cruveillier's Tumeurs Perlées.
Surg. Gyn. and Obs. 1920 T 31 p. 390.
- BISSEL et BRUNSCHWIG, de Chicago. — 1937 (I.A.M.A. 108 - p. 1702 à 1704).
- BROSCH F. — Mesch Zahnärztliche Wochenschrift 41 p. 1.020, 1938.
- BROWN L.A. — Le Cancer épidermoïde de l'os temporal.
Annales Otol. Rhin. Laryng. - 63, N° 3, p. 827 - 838, sept. 1954.
Biblio. (15.960) O.R.L. 132.148.
- BURROWS. — British I. Surgery - 13 - 761 - 762 année 1926.
- CAHN. — Report and Comment on an unusual case of multiple follicular cysts, with a recurrence.
Oral Surg. Oral Med. Oral Path. 5 - 1952 p. 895 à 906.
- CAPAROSA. — Kyste épidermoïde de l'os frontal.
Archives ORL Août 1955 - 62 - N° 2/ 218-220.
- CAVINA. — Kyste épidermoïde intradiplôique du Frontal.
Presse Médicale — 1^{er} Octobre 1949, 57, N° 62, p. 871-872.
- CIVATTE J. et CHOMETTE C. — Les Métaplasies Malpighiennes.
Sem. des Hôpitaux Pathol. et Biologie, p. 191-198, Mai 1956.
- COCK T.J. — Kyste Dermoïde.
Oral surg. Oral med. Oral Path. Juin 1950, 3, N° 6, p. 740-742.
- CROCQUEFER. — La dégénérescence cholestérinique des granulomes et des kystes paradentaires.
Thèse, 1924.
- CERNEA et MUGNIER. — Adamantinomes, Ameloblastomes,
Actualités Odonto-Stomat. N° 28, p. 129 - 1953.
- CRUVEILHIER. — Anatomie Path. du corps humain.
Vol. 1, Livre 2, planche 6, 1829.

- CUSHING. — A large épidermal Cholestéatoma of the parieto-temporal region deforming the left hemisphere without cerebral symptoms. Surg. Gyn. obs. Chicago 1922. XXXIV, p. 557-566.
- DAY K.M. — The etiological factors in the formation of cholesteatoma. Ann. Oto. Rhin. Laryng. 43 p. 837-845, 1934.
- DAUM. — Cholesteatomes Intracrâniens. G.M.F., T 53, N° 2, p. 33-36, 1946.
- DEBAIN J.J. — Cholesteatomes Primitifs de l'oreille moyenne. Thèse Paris 1941.
- DECHAUME. — Précis de Stomatologie. Edition Masson 1949, p. 544.
- DELARUE et CHOMETTE. — Un kyste épidermoïde de la phalangette. Communication à la Société F. d'Anatomie, séance Mars 1953.
- DIA. EDDINE EL CHATTY. — Kystes dermoïdes par inclusion. Thèse des Assistants Etrangers 1939, Vol. 13, N° 12.
- ERICH J.B. — Sebaceous, mucous, dermoid, et épidermoid Cysts. Ann. I. Surg. 50, p. 679 - 1950.
- FONTAINE R. — Tumeur kystique à revêtement malpighien de la région pariétale gauche du crâne. Revue de Chirurgie. 52, p. 67-70 - Paris 1953.
- FORESTIER, HAGUENAU, PETIT DUTAILLIS. — Kyste épidermoïde intradural, d'origine traumatique probable — Biopsie involontaire par ponction lombaire. Opération, guérison Revue Neurol. 1931 I p. 469-473.
- GUJAR. — Les kystes épidermoïdes du crâne. Thèse Paris 1942.
- GESCHICKTER C.F. et MM. COPELAND. — Tumors of Bone. 3ed I.B. Lippencott Company Philadelphia 1949, p. 641-644.
- HARRIS. — Bone and Joint Surgery, 28 P. 647 — 1930.
- HANDOUSA. — Kystes de l'os frontal, d'étiologie et de nature obscures. Journal of Laryngology and Otology, Nov. 1953.
- HAUER A. — Ein cholesteatom im Linken unterkiefer unter einem retinierten Weisheitszahn. Mschr. Stomat. 24, 1926, p. 40-49.
- HEIDSIECK. — Beitrag zu den im Kiefer liegenden Epidermoiden. Deutsche zahn-Mund U. Kieferh 1953, Vol. 18, N° 3-4, p. 116-126.
- HODSON. — British Journal of plastic surgery. Avril 1957, p. 38-59.
- KALLENBERGER. — Über das vorkommen von sogenannten cholesteatomen am kiefer. Schweiz. Mschr. Zahnheilkd 63, 1953, p. 32-41.

- KNAPP R.G. — Cholesteatoma of the maxilla — report of a case
I. Oral Surg. 4 1946, p. 236.
- KOSTECKA F. — Ein cholesteatom im Unterkiefer.
Mschr. Stomato. 27, 1929, p. 1102-1108.
- LAMELONGUE et ACHARD. — Traité des Kystes Congénitaux 1886.
- LEBOURG. — Kyste géant multiloculaire du maxillaire inférieur à revêtement épithélial.
Revue de Stomatologie, Mars 1939.
- LIEVRE J.A. — Tumeur épidermoïde du crâne (Cholestéatome épidermoïde, Kyste épidermoïde).
Revue Rham. Oct. 1949, n° 10 — 524-525.
- LEPOIRE et PERTUISET. — Kystes épidermoïdes crânio-encéphaliques. Rapport de la réunion annuelle Société Neuro-Chirurgie de langue française — 1 vol. — Masson éditeur, Paris 1957.
- MAHOUDEAU et DAUMS. — A propos d'un cas de cholestéatome (kyste épidermoïde) intrarachidien comprimant la queue de cheval.
Discussion nosologique.
Sem. des Hôpitaux, 29^e annél, n° 22, 6 Avril 1953, p. 1093.
- AMY Etienne, et DEBRAY Ch., Mlle GAUTHIER-VILLARS P. et GUJAR. — Kyste épidermoïde du crâne, simulant une maladie de Schuller Christien.
Bulletin mensuel de la Société Méd. Hôp. Paris, n° 21-22, 22 Sept. 1942 - p. 279-282.
- MEINERZ O. — Kyste épidermique sous périoste de la voute crânienne.
15-960, Zbl. Chir. 1954; 79, n° 13, p. 534-546.
- MOUCHET Albert. — Kystes dermoïdes du crâne et de la face.
Paris Méd. 20 Mai 1943 - N° 19, p. 131-132.
- NORTON L.E. et WOOD G.I. — An unusual lesion of the frontal bone simulating a mucocela.
I. Laryng. - 66 p. 614 - 1952.
- PHILIPSEN H.P. — Om Keratocyster (Kolestéatomer) i Kaeberne.
Saertryk af Tandlaegebladet 60, p. 963-980.
- POHLAMNN et WACHSTEIN. — Ann. Surg. 119 - p. 148, année 1944.
- PROC. ROY. SOC. MED. — Kystes Odontogènes muccépidermoïdes des Maxillaires et en particulier de la mandibule.
Sept. 1956, 49, N° 9, p. 637-639.
- QUADE R.H. et CRAIG W.M. — Unusual dermoid and épidermoid crâniat cysts.
Proveed Staff Meet. Mayo. Clin.
1939 - 14 - p. 459-462.

RODIER. — Cholestéatomes des Mâchoires.
(Revue de Stomato 1920, p. 677).

ROUSSY Gustave. — Les Cholestéatomes.
Bulletin de l'Association Française pour l'étude du Cancer.
Ext. Nov. 1912, Alcan.

RYWKIND A.W. — Beitrag Zur Pathologie der Cholesteatome.
Virchow's Arch. 283, 1932, p. 13-38.

SEIDEL W. — Diagnostic différentiel des lésions crâniennes avec considérations particulières à propos d'un kyste dermoïde de la partie postérieure du crâne, accompagné d'une importante défection de la paroi osseuse.
Zbl. Chir. 1955, 80, N° 30, p. 1193-1200.

SIMONTON K.M. et MEDWICK J.X. — Epidermoid like lesions of the frontal bone simulating Mucocoele.
1948 — ANN; Oto. St-Louis 57, p. 473.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE. — Observations de kystes épidermoïdes (compte-rendu de la séance du 17 Décembre 1957).

STAFNE E.C. and MILLON J.A. (1945) J. Oral Surg. 3, p. 101.

STONES H.M. — Oral and dental diseases 3rd edition.
Livingstone Limited — Edimburg 1954, p. 689.

STEWART F.W. FOOTE, and BEIKER W.F. — Ann. Surg. 122, p. 820, 1945.

THOMA K.H. — Oral Pathology.
4ed C.V. Mosby Company St Louis P. 406 p. 816-817, année 1954.

TOURAINE. — Dermatoses Néoplasiques.
E.M.C. 111, 101, AIO, 4C.

VEDRINNE Cyrille. — Etude sur le Cholestéatome.
Thèse 1912-1913.

VIALARD Y. — Kystes épithéliaux de la phalangette.
Thèse médecine 1947.

WAGNER. — Primare cholesteatome der Viefer.
Zahaisth 1 Rasch - 44 - p. 2089-2095, année 1935.

WERTHEIMER et Ch. LAPRAS. — Kyste épidermoïde cholestéatomateux intramédullaire.
Sté. F. Neurolog. 6 Décembre 1956.

YACHNIN et SOMMERILL. — Chicago 1941 I.A.M.A. 116, p. 1215-1218.
